

Trabajo De Fin De Grado Enfermería

# **INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CUIDADORES MAYORES DE 65 AÑOS DE PERSONAS CON DEMENCIA MODERADA-GRAVE**

Health education program in caregivers over 65  
years old who care people with moderate-severe  
dementia



**Autoras:** Paloma Lázaro Echavarría

Teresa Peces Pinillos

**Tutora:** Asunción García González

**Curso:** 2019-2020

**Tipología:** Educación para la salud.

Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Medicina

Grado en Enfermería





## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN/ABSTRACT.....</b>	<b>1</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>2.1 Situación actual.....</b>	<b>2</b>
<b>2.2 Cuidador principal.....</b>	<b>3</b>
<b>2.3 Demencia.....</b>	<b>4</b>
<b>2.4 Consecuencias del cuidado de la demencia.....</b>	<b>6</b>
<b>2.5 Envejecimiento activo en el cuidador.....</b>	<b>8</b>
<b>2.6 Antecedentes de intervenciones educativas a cuidadores.....</b>	<b>9</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>5. METODOLOGÍA.....</b>	<b>13</b>
<b>5.1 Población diana.....</b>	<b>13</b>
<b>5.2 Captación.....</b>	<b>13</b>
<b>5.3 Recursos.....</b>	<b>14</b>
<b>5.4 Cronograma.....</b>	<b>14</b>
<b>6. DESARROLLO DE LAS SESIONES.....</b>	<b>16</b>
<b>Sesión 1.....</b>	<b>17</b>
<b>Sesión 2.....</b>	<b>21</b>
<b>Sesión 3.....</b>	<b>26</b>
<b>Sesión 4.....</b>	<b>32</b>
<b>Sesión 5.....</b>	<b>38</b>
<b>Sesión 6.....</b>	<b>44</b>
<b>7. EVALUACIÓN.....</b>	<b>50</b>
<b>8. LIMITACIONES.....</b>	<b>51</b>
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>51</b>
<b>10. AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>52</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>52</b>

## 1. RESUMEN

Debido al aumento de la esperanza de vida y al descenso de la mortalidad se ha producido un envejecimiento de la población, lo que conlleva un aumento de enfermedades neurodegenerativas como las demencias. Este síndrome, en un 70% de los casos, supone la necesidad de cuidados informales por parte de un cuidador principal (CP), que cada vez alcanza mayor edad. Los cuidadores mayores de 65 años han aumentado un 35% desde 2001, siendo en un 90% mujeres. Cuidar a una persona con demencia afecta negativamente tanto a la salud física como psicológica, sobre todo en los estadios más avanzados de la enfermedad al implicar un nivel de dependencia elevado. En los cuidadores mayores de 65 años, estas consecuencias se incrementan por estar experimentando al mismo tiempo los cambios propios del proceso de envejecimiento. El abordaje enfermero mediante un proyecto de educación para la salud que atienda las necesidades de esta población cuidadora es de vital importancia en la actualidad.

Por ende, se llevará a cabo un proyecto educativo en el Centro de Salud Mar Báltico, ubicado en el distrito de Hortaleza y constará de seis sesiones educativas con la finalidad de asegurar un envejecimiento activo en personas mayores de 65 años cuidadoras de personas diagnosticadas de demencia moderada-grave.

**Palabras clave:** cuidadores, envejecimiento, envejecimiento activo, demencia, dependencia, educación para la salud, autocuidado.

## ABSTRACT

Due to a continuous decrease in mortality rate and an increase in life expectancy in developed countries, it has caused an ageing of the population. In consequence, there is been an increase in neurodegenerative diseases, being dementia the most common. This syndrome, in a 70% of the cases supposes a need of informal attention from a main carer. Average main carer's age is increasing, as the portion older than 65 years old has increased by 35% since 2001. To take care of a person suffering dementia affects negatively to the physical and mental health of the caregiver, these impacts are more severe as the person attended is less independent due to the disease. These negative consequences have a greater impact on older main carer's as they are more vulnerable due to their age. Nowadays a nurse approach through a health education project towards this group of older caregivers is essential to fulfil their needs.

<sup>1</sup> El término "cuidador principal" (CP): incluye al sexo femenino y masculino.

In consequence, an educational project will be carried out in the Mar Báltico health centre, situated in the Madrid area of Hortaleza. The project will be composed by six educational sessions with the purpose of ensuring an active ageing among people who attend other persons suffering a moderate-severe dementia.

## Keywords

Caregiver, main carer, ageing, active ageing, dementia, dependence, health education, self-care.

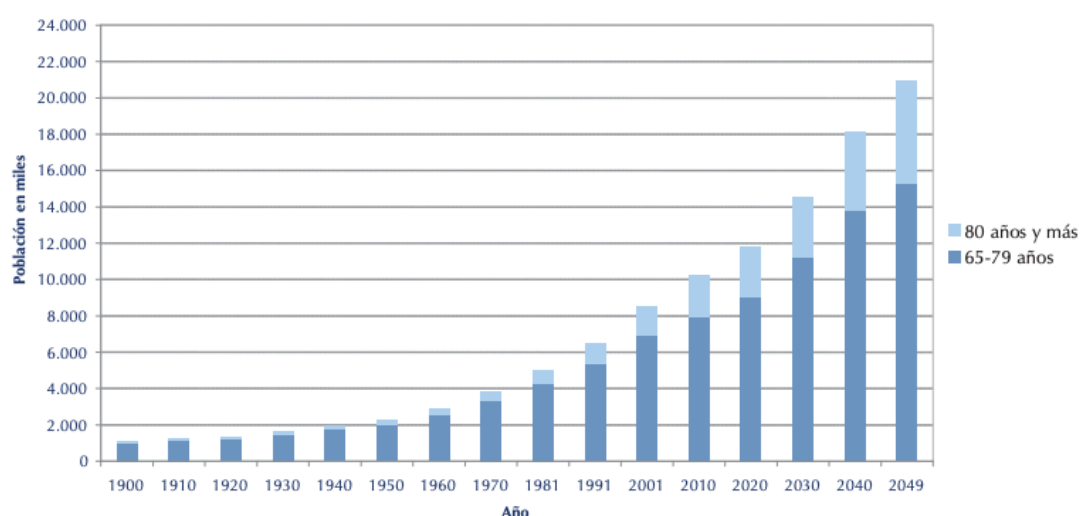
## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. Situación actual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de envejecimiento desde un punto de vista biológico como *“la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.”* (1)

Actualmente en España, las personas mayores representan el 19% del total de la población y se estima que alcancen el 35% para el año 2066 según el Instituto Nacional de Estadística (INE). Además, se prevé que, en 2030, España sea el cuarto país a nivel mundial con la media de edad más alta. Concretamente, la población con más de 80 años se ha duplicado en tan sólo 20 años, esta situación es denominada “envejecimiento del envejecimiento” (2,3).

**Gráfico 1: Evolución de la población española mayor de 65 años. (1900-2049)**



FUENTE: Libro Blanco sobre el Envejecimiento activo. (IMSERSO)

El actual aumento de la esperanza de vida y descenso de la mortalidad, conlleva también, la aparición de enfermedades crónicas, entre las que destacan por su elevada morbimortalidad las demencias, grupo de enfermedades cuyo principal factor de riesgo es la edad. Este proceso supone en un 70% la necesidad de cuidados prestados fundamentalmente por el cuidador principal, otros familiares y los servicios sociosanitarios (4-6).

## **2.2. Cuidador principal**

Se denomina cuidador principal (CP) a *“la persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de cualquier tipo de persona enferma. Es quien además le acompaña la mayor parte del tiempo y quien, aparte del enfermo, sufre un mayor peligro de agresión sobre su salud, convirtiéndose en sujeto de alto riesgo”* (7).

Existen dos tipos de cuidadores. Los cuidadores formales, profesionales que reciben remuneración a cambio del cuidado y los cuidadores informales, que suelen ser personas de la red social del receptor del cuidado (cónyuge o hijos), ofreciéndose de forma voluntaria sin remuneración. Las tareas que desempeña el cuidador informal son, principalmente, las correspondientes a la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la gestión médica, control de la medicación, así como mantenimiento de la autonomía y participación en el entorno socio-familiar (3,8-10).

Actualmente en España, el perfil habitual del CP es el de mujer, en el 90% de los casos, entre 40-60 años (un 20% supera los 65 años), ama de casa, casada, con bajo apoyo socio-familiar, con ingresos económicos escasos y que además convive con la persona a la que imparten cuidados. (3).

Debido al envejecimiento de la población, el número de cuidadores, desde 2001 hasta la actualidad, ha crecido un 11%, aumentando un 35% en el grupo de mayores de 65 años y un 128% en los cuidadores de mayores de 85 años. A pesar de este aumento, la investigación centrada en los cuidados dirigidos a cuidadores mayores de 65 años es muy escasa, siendo en la actualidad, un motivo de preocupación sociosanitaria (11).

A medida que avanza la edad del cuidador disminuye la capacidad de asumir la responsabilidad, así como la realización adecuada de determinadas actividades de cuidado. Estos necesitan más apoyo que los cuidadores jóvenes, además consideran que ser cuidador es su rol natural, por lo que admiten en menor medida que necesitan ayuda, recursos o servicios que les puedan facilitar el desempeño asumido. Asimismo, este grupo

tiene un mayor deterioro de la salud, lo que dificulta la tarea de cuidar que, junto con la carga, influye tanto en su calidad de vida, como en la calidad del cuidado prestado (11-13).

El hecho de que el CP se encuentre en la última etapa de su vida, implica el desarrollo de modificaciones bio-psico-sociales relacionadas con su proceso de envejecimiento, con el añadido en paralelo, de cuidar de un familiar anciano con un diagnóstico principal de demencia moderada-grave (14).

Algunos de los cambios que puede experimentar el CP durante el envejecimiento relacionados con las necesidades básicas, son las diferentes necesidades nutricionales que requieren con respecto a la población adulta. Se reconoce que cada vez aumenta más el porcentaje de desnutrición y anorexia debido a las condiciones socioeconómicas o a la ingesta de medicamentos. Esto, junto con las alteraciones que experimentan a nivel locomotor con el envejecimiento de huesos, músculos y articulaciones, condicionarán la autonomía de la persona, entendiéndose esta como *“la capacidad percibida para controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias”*. En el descanso y períodos de sueño de las personas mayores, los cambios que se producen son debido a las alteraciones fisiológicas que ocurren en el Sistema Nervioso Central. Sus periodos de sueño REM se ven reducidos, por lo que el insomnio es bastante común que se presente en los cuidadores (14,15).

Todas las modificaciones anteriormente comentadas, en cualquiera de las esferas, constituyen motivos de cuidados por parte del personal de enfermería. Por esta razón, se considera necesario el abordaje en el ámbito de la alimentación, ejercicio físico y sueño mediante programas de educación para la salud (EPS) para así favorecer un envejecimiento saludable en el cuidador. Cualquier pequeño cambio en estas esferas, rompe el equilibrio funcional, dejando a la persona mayor en una situación inestable y vulnerable (14).

### **2.3. Demencia**

La primera alusión al término “demencia” fue descrita en el siglo I a.C, sin embargo, esta definición difiere en gran medida a lo que se conoce actualmente. El manual diagnóstico y estadístico de clasificación de los trastornos mentales (DSM IV) la define como un trastorno caracterizado por múltiples déficits cognitivos y el DSM V la define como “trastorno neurocognitivo” (16, 17).

La OMS en el año 2019, define la demencia como un *“síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación”*. Existen más de 200 subtipos de demencia, siendo el Alzheimer la demencia más frecuente. Las causas de la demencia son una serie de enfermedades y lesiones que afectan de manera primaria o secundaria al cerebro. Este síndrome es una de las principales causas de dependencia y discapacidad entre las personas de mayor edad en países desarrollados (18).

Los síntomas se pueden clasificar según la etapa en la que se encuentre. En la etapa más temprana es común el olvido, la pérdida de noción del tiempo y la desubicación espacial. En la fase intermedia pueden empezar a olvidar nombres de personas o acontecimientos ocurridos recientemente, no reconocen su propia casa, comienza la dificultad para la comunicación y la necesidad de ayuda en determinadas ABVD. Además, también pueden ocurrir cambios en el comportamiento. En la última etapa, la etapa tardía, los síntomas más frecuentes son: la desubicación espacio-temporal, no reconocimiento a familiares o amigos, mayor necesidad de ayuda en su vida diaria, dificultad para caminar y alteraciones graves de comportamiento (18).

En España, se estima una prevalencia cercana al 6% de las personas mayores, y se calcula que existen entre 400.000 y 600.000 casos de demencia. Las proyecciones mundiales estiman que el número de casos se duplicará cada 20 años, alcanzando en el 2040, 81,1 millones de personas en el mundo (19, 20).

En función de la etapa de la demencia en la que se encuentre la persona, se van a requerir unos cuidados u otros, a medida que avanza la enfermedad el grado de dependencia en las ABVD es mayor. En la demencia avanzada, la dependencia en las ABVD es total y la capacidad de realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se ha perdido en su mayoría. Todo ello implica que este síndrome sea una de las principales causas de discapacidad y dependencia en el mundo. Por este motivo, es imprescindible la valoración funcional de la demencia para un correcto pronóstico y plan de cuidados. La escala Global Deterioration Scale (GDS) valora aspectos tanto cognitivos como

funcionales, por lo que se obtiene una visión más global. A partir de la puntuación 6-7 en la escala GDS se consideraría una demencia grave. (Anexo 1) (21, 22).

#### **2.4. Consecuencias del cuidado de la demencia**

Existen numerosos estudios que demuestran las consecuencias que conlleva cuidar a una persona con demencia. Si esta situación se extiende a lo largo del tiempo, se puede asociar con problemas en la salud física y emocional. Así, por ejemplo, se estima que la prevalencia de altos niveles de carga en los cuidadores informales de personas con demencia es del 20%, siendo los problemas de conducta los que más contribuyen a la carga física y emocional. Estos efectos difieren mucho según el subgrupo de cuidador, teniendo la edad una gran influencia en la salud fisiológica y cognitiva (23-25).

Los cuidadores de pacientes con demencia se enfrentan a cuidados relacionados con la naturaleza crónica y debilitante de la enfermedad. Se añade la complicación de la resistencia al cuidado, agitación o la falta de conocimiento por parte de la persona con demencia sobre sus necesidades; lo que dificulta aún más la tarea de cuidar (6, 13).

Por lo general, los cuidadores requieren más ayuda psicológica que física; suelen presentar más ansiedad, estrés o depresión apareciendo esta última en un tercio de los cuidadores (DE<sup>2</sup>: ansiedad [00146]). Esta complicación se puede prevenir mediante técnicas de relajación complementadas con recursos, como los programas de respiro, que favorecen el descanso del cuidador (13, 26).

Sin embargo, la salud física también se ve afectada. Son frecuentes problemas como: cansancio, fatiga (DE: Fatiga [00093]), dolores osteoarticulares, alteraciones del sueño debido a una inadecuada higiene de sueño, (DE: Insomnio [00065]). Estas afecciones se dan en mayor medida en cuidadores mayores de 65 años que están experimentando además los cambios propios del envejecimiento. En general, las personas cuidadoras mayores de 65, manifiestan sentirse enfermas cuidando a una persona enferma (26,27).

El problema que con mayor frecuencia manifiestan las personas cuidadoras es la falta de apoyo profesional y familiar, lo que conlleva la limitación de relaciones sociales y familiares provocando el sentimiento de soledad (DE: Aislamiento social [00053]). Entre los factores que favorecen la adaptación al cuidado se encuentran: el aprendizaje por ensayo y error y la aceptación, el aprendizaje de nuevas estrategias que les permiten avanzar en el saber, la formación en cuidados y el sentirse apoyados por familiares, amigos y profesionales. Por ello, es necesario por parte de los profesionales sanitarios

apoyar a los cuidadores mayores con síntomas depresivos y de soledad. Las asociaciones como los grupos de ayuda dirigidas a aumentar el apoyo social y emocional, pueden ser de utilidad para prevenir complicaciones en el cuidador, ya que compartir estrategias de cuidados disminuye los efectos deletéreos de la actividad del cuidado a personas con demencia (26-29).

En relación a la formación en cuidados, las personas cuidadoras refieren necesitar un mejor conocimiento en calidad y cantidad. Son varios los estudios que afirman que la educación sanitaria es efectiva para mejorar el conocimiento, para ello es necesaria la figura de la enfermera capaz de proporcionar espacios de diálogo e intercambio de conocimientos. En relación a la educación de habilidades, es necesario abarcar medidas conductuales y ambientales para que estas sean efectivas (30).

La demencia constituye un acontecimiento vital estresante que repercute en las esferas anteriormente comentadas, tanto en la persona que la padece como en la familia, capaz de generar una situación de crisis a nivel familiar, lo que hace al anciano con demencia vulnerable a sufrir una situación de violencia. *“El problema del maltrato al anciano con demencia, debido a su mayor vulnerabilidad, tiene claras implicaciones éticas para toda la sociedad y en particular para los cuidadores, los familiares y los profesionales de la salud que los atienden”* (31, 32).

Los profesionales de enfermería deben pasar escalas con el fin de detectar dificultades en los momentos críticos y tomar medidas antes de que se desarrollen problemas de ansiedad o depresión en los cuidadores. Las más utilizadas en la cartera de servicios son: la escala de Zarit (Anexo 2), que estima la sobrecarga del cuidador; la de Golberg, para valorar ansiedad y depresión; la Escala SF-36, que mide el estado de salud general del cuidador y el cuestionario de Duke-UNC para valorar el apoyo social percibido. Es de vital importancia valorar además del cuidador, la situación a nivel familiar, con el Test de Apgar familiar, que consiste en un cuestionario que permitirá conocer información de la familia, a nivel integral e individualizado (3,33).



## 2.5. Envejecimiento activo en el cuidador

El proceso de envejecimiento en los cuidadores es un proceso vital, individual, dinámico y complejo que afecta a todas las esferas de la persona: fisiológica, psicológica, social y espiritual. Se debe prestar atención a estas dimensiones para favorecer un envejecimiento activo, considerado este como el *“proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad de vida, la productividad y la esperanza de vida a edades avanzadas con la mínima prevalencia de discapacidad”*. El término activo implica la participación en cuestiones sociales, económicas, cívicas, culturales y espirituales. Es por ello que el envejecimiento activo pretende alcanzar el máximo de salud, calidad de vida, bienestar y desarrollo social de las personas mayores (14,34,35).

El envejecimiento en los cuidadores, si no se gestiona de manera adecuada, puede desencadenar consecuencias negativas tanto en la labor del cuidado como en su calidad de vida. Es competencia del profesional sanitario, aplicar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para promover un envejecimiento saludable. La promoción de la salud es un proceso dirigido a que las personas incrementen su control sobre los determinantes de la salud que son *“el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud”* (36,37).

Los cuidadores abandonan sus actividades dedicando por completo su tiempo al cuidado de la persona dependiente, provocándoles una importante sobrecarga. Por ello, si el cuidador no se cuida ni reconoce sus necesidades relacionadas con el envejecimiento activo, no podrá afrontar de manera adecuada el rol de cuidador y correrá el riesgo de desarrollar los diagnósticos enfermeros de “Estrés por sobrecarga” [00177], “Desempeño ineficaz del rol” [00055], “Riesgo de cansancio del rol del cuidador” [00062] y “Afrontamiento ineficaz” [00069]. Es, por tanto, necesaria la participación de Enfermería en programas que apoyen al cuidador fomentando un envejecimiento activo (26, 36, 37).

## **2.6. Antecedentes de intervenciones educativas a cuidadores y Planes implantados en España**

A principios de los 80, aparecen estudios de programas psicoeducativos dirigidos a cuidadores; en los cuales se afirmaba que estos mejoraban las afectaciones psicológicas y la reducción de sentimiento de culpabilidad (3).

En los últimos años han aumentado las intervenciones educativas de manera interdisciplinar. Su principal objetivo es la formación de los cuidadores para que adquieran las competencias que requiere el cuidado que prestan. Así lo manifiesta un 33% de los CP que realizaban la labor del cuidado. Estos se basaban en experiencias de familiares o amigos que han vivido situaciones similares y solo un 10% refiere haber recibido formación en la tarea del cuidado (3,8).

“Programas de respiro”, para favorecer el descanso de los cuidadores o los “programas psicoeducativos” para mejorar las afectaciones psicológicas, son ejemplos de algunos de los actuales programas (3).

La debilidad de estos programas, según refieren numerosos estudios, es que no se adaptan a las características y necesidades de cada cuidador. Por ello, se considera de vital importancia que sean adaptados a cada situación en particular, es decir, profundizando acerca de en qué tareas presentan más dificultades y cuáles son los apoyos con los que el cuidador cuenta para conseguir los resultados beneficiosos pretendidos. Además, tras consultar la bibliografía se han encontrado escasas publicaciones de intervenciones educativas que promuevan un envejecimiento saludable en cuidadores mayores, ya que la mayoría de ellas se centran en la educación en la labor del cuidado (3).

Se han revisado algunos de los planes, programas y guías implantados actualmente a nivel nacional. En ellos aparecen los recursos disponibles, además de recomendaciones dirigidas al CP de la persona con demencia. Sin embargo, en muchas ocasiones son guías que no se han llegado a implantar por falta de presupuesto o bien, están desactualizadas.

Según el estudio MapEA, en los últimos años en España se ha visto una notable mejora en el diagnóstico y seguimiento de las personas con demencia, pero, por el contrario, en lo referido a los procesos asistenciales de las mismas, aún existe un amplio margen de mejora en aspectos como el diagnóstico temprano, la calidad de los servicios asistenciales y la coordinación entre las iniciativas sanitarias y sociales (38).

### 3. JUSTIFICACIÓN

Tras la consulta realizada de la literatura, se puede concluir que el envejecimiento de la población produce un aumento de enfermedades neurodegenerativas como las demencias. Esto conlleva un aumento de las demandas de cuidados por parte de los CP que cada vez son más mayores y, por tanto, con más dificultades para cuidar por estar experimentando los cambios propios del envejecimiento.

Los CP se consideran el recurso social y familiar más valioso para el enfermo. Permanecer en el domicilio, ejerce un efecto protector 20 veces mayor frente a ser institucionalizado (13).

Frecuentemente, en las visitas domiciliarias, se centra la atención en la persona dependiente dejando de lado la figura del cuidador, que en el caso de estar mal abordado o no atendido puede tener repercusiones a nivel físico, psíquico y social. Sin embargo, la salud y el bienestar de los cuidadores es importante tanto para ellos mismos, como para el que recibe los cuidados, ya que afecta de manera directa a la calidad de los cuidados que brindan. Por tanto, es importante que los cuidadores cuiden de sí mismos dedicando tiempo a satisfacer sus propias necesidades para que, de esta manera, el cuidado realizado sea de calidad (6).

Se considera importante realizar un abordaje en la población cuidadora, centrándonos en los mayores de 65 años cuidadores de personas con demencia en estadio moderado-grave, para prevenir el “*Síndrome del cuidador*”. Entendiéndose cómo: “*Respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que tiene que realizar y por tanto de culpabilidad*” (4, 39).

Dicho abordaje se puede realizar por profesionales de enfermería para que los cuidadores sean proactivos en el desarrollo de estrategias de autocuidado y estrategias de cuidados de su familiar con demencia. Es necesario involucrarlos en el equipo del cuidado, empoderarles y dotarles de herramientas precisas, además de fomentar un envejecimiento activo para sí mismos. Se conoce como empoderamiento “*el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud*”. De esta manera, se asegura el cuidado a prestar y, una transición saludable en su proceso de envejecimiento a nivel físico, psicológico y social (4,34,40).

En relación a la intervención enfermera, la literatura expone tres posibles situaciones de inflexión en el transcurso del cuidado de una persona con demencia: el momento del diagnóstico, cuando perciben la creciente necesidad de atención continuada que se requiere en el domicilio y el momento en el que se decide alojar a la persona con demencia en una institución de cuidado. Las intervenciones educativas para los cuidadores, deberán de estar centradas en acompañar y asegurar el bienestar durante estas transiciones. Se medirá la eficacia de las mismas, una vez finalizado el proyecto educativo, mediante el uso de escalas de valoración como la de Zarit o la escala SF-36 (29).

Por todo lo mencionado anteriormente, se considera necesario el abordaje de esta población cuidadora mediante una intervención educativa. De esta manera se trabajarán aspectos formativos, además de la adquisición de destrezas para favorecer un envejecimiento saludable y resolver los problemas derivados de la tarea cuidadora. La finalidad de esta intervención consiste en disminuir la sintomatología negativa (ansiedad, fatiga, sobrecarga...) que el cuidado, junto con el envejecimiento, provoca en la salud física y mental del cuidador. De este modo se retrasará o evitará la institucionalización de la persona cuidada (8).

#### **4. OBJETIVOS.**

Esta intervención educativa diseñada para cuidadores principales mayores de 65 años de personas con demencia moderada-grave, pretende esclarecer dudas miedos e inquietudes a nivel cognitivo, emocional y procedimental en el cuidado que se presta a una persona con demencia, fomentando el autocuidado en el marco del envejecimiento saludable.

- **Objetivo General:** Asegurar un envejecimiento activo en personas mayores de 65 años cuidadoras de personas diagnosticadas de demencia moderada-grave.
- **Objetivos Específicos:** englobados en las diferentes áreas: cognitivo, de habilidades y emocional.

**Cuadro 1. Objetivos Específicos del Proyecto Educativo.**

<b>Área cognitiva (saber)</b>	<b>Área de habilidades (saber hacer)</b>	<b>Área emocional y actitudinal (querer ser)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ampliar conocimientos sobre el envejecimiento activo.</li> <li>✓ Reconocer los beneficios de una alimentación saludable.</li> <li>✓ Argumentar los beneficios del ejercicio físico.</li> <li>✓ Reforzar conocimientos sobre cuidado a una persona dependiente.</li> <li>✓ Identificar recursos socio-sanitarios y personales.</li> <li>✓ Identificar la importancia del descanso y medidas para mejorar el sueño.</li> <li>✓ Aumentar conocimientos en prevención de caídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Integrar rutinas que favorezcan el envejecimiento activo.</li> <li>✓ Desarrollo de ejercicios físicos adaptados a sus capacidades.</li> <li>✓ Favorecer la exteriorización de emociones y sentimientos.</li> <li>✓ Desarrollar habilidades en levantamiento de caídas.</li> <li>✓ Desarrollo de habilidades en el cuidado de la piel.</li> <li>✓ Adquirir la habilidad de realizar ejercicios de relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Compartir vivencias de cuidador con el grupo.</li> <li>✓ Analizar el origen de sus emociones.</li> <li>✓ Controlar la ansiedad que causa los cambios en la evolución de la demencia.</li> <li>✓ Compartir estrategias que fomenten la motivación en el cuidado.</li> <li>✓ Verbalizar posibles miedos y temores.</li> <li>✓ Analizar dificultades a la hora de realizar procedimientos en el cuidado.</li> </ul>

• **Contenidos del programa**

<b>Cognitivos</b>	<b>Habilidades</b>	<b>Actitudinales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto de Envejecimiento Activo.</li> <li>- Falsas creencias/mitos sobre la alimentación.</li> <li>- Bases de una alimentación saludable.</li> <li>- Beneficios de la actividad física en el proceso de envejecimiento.</li> <li>- Prevención de caídas.</li> <li>- Qué es la Ley de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia y qué incluye.</li> <li>- Beneficios de los grupos de ayuda.</li> <li>- Productos de apoyo disponibles y acceso a los mismos.</li> <li>- Pautas para una correcta higiene de sueño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clasificar grupos alimenticios.</li> <li>- Realizar ejercicios físicos para potenciar la musculatura, reducción de ansiedad y mejorar la salud mental.</li> <li>- Desarrollar capacidades en el levantamiento tras una caída.</li> <li>- Desarrollo de ejercicios de estimulación cognitiva.</li> <li>- Desarrollo de técnicas de aseo y cuidados de la piel.</li> <li>- Práctica de ejercicios de relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartir el sentimiento que produce cuidar a personas con demencia.</li> <li>- Reflexión acerca de la labor del cuidado.</li> <li>- Identificar aquello que dificulta la realización de ejercicio físico.</li> <li>- Reconocer las consecuencias negativas de una inadecuada higiene de sueño.</li> </ul>

## **5. METODOLOGÍA.**

### **5.1.Población Diana.**

Personas entre 65 y 80 años cuidadoras de personas diagnosticadas de demencia en estadio moderado-grave que pertenezcan a la zona básica de Salud del Centro de Salud Mar Báltico de la Comunidad de Madrid.

El grupo estará formado por 15 personas para la realización de las sesiones educativas.

- ***Criterios de Inclusión:***

- Hombres o mujeres entre 65-80 años.
- Cuidadores de persona diagnosticada de cualquier tipo de demencia en estadio moderado- grave de la enfermedad con una puntuación de 6-7 en la escala “*Global Deterioration Scale*” (GDS) y una puntuación mayor o igual a 4 en el índice de Katz (41). (Anexo 3)
- Ser cuidador principal y residir en la misma vivienda que la persona diagnosticada de demencia.
- Comprender y hablar castellano.

- ***Criterios de Exclusión:***

- Cuidadores menores de 65 años o mayores de 80 años.
- Cuidadores de personas diagnosticadas de enfermedades que no sean demencia.
- Cuidadores de personas con demencia en la etapa temprana.
- Cuidadores diagnosticados de deterioro cognitivo.
- Personas con dificultades al hablar y/o comprender castellano.

### **5.2.Captación.**

- **Captación activa:**

Se informará a enfermeras, médicos y trabajadora social del Centro de Salud Mar Báltico sobre el desarrollo del proyecto y así favorecer la derivación de posibles usuarios, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión establecidos. Así como en el servicio de geriatría y neurología del hospital de referencia (Hospital Ramón y Cajal).

- **Captación pasiva:**

Se llevará a cabo mediante la colocación de carteles informativos de dicho programa (Anexo 4) en el centro de salud (sala de espera, consultas y entrada) junto con un tríptico

divulgativo (Anexo 5). Además, se contactará con la asociación de Alzheimer AFEAM situada en la zona de Plaza Castilla y en el centro de Especialidades periférico CEP emigrantes ubicado en la zona de Mar de Cristal, para solicitar permiso para la colocación de carteles informativos.

Por último, también podrán formar parte del programa las personas identificadas como posibles beneficiarios, derivados desde la consulta de los profesionales de medicina y enfermería. Las personas interesadas podrán apuntarse contactando con la coordinadora del proyecto a través del correo electrónico disponible en el cartel informativo, y rellenando la hoja de inscripción con sus datos personales (Anexo 6).

### **5.3.Recursos.**

- **Recursos Humanos:**

- Educadora y coordinadora del proyecto educativo: 2 enfermeras del Centro de Salud Mar Báltico, con experiencia en geriatría o enfermería comunitaria.
- 15 participantes.
- Observador.
- Especialista en enfermería geriátrica.
- Un cuidador invitado perteneciente a un grupo de apoyo.

- **Recursos Materiales:**

- Sala de docencia del centro de salud Mar Báltico.
- Proyector y ordenador.
- Mesas y sillas.
- Pizarra y material de papelería para los participantes (bolígrafos, folios, cartulinas, lana...).
- Tres maniquís.
- Utensilios para el aseo (esponja, aceites...).

### **5.4.Cronograma.**

El periodo de captación será de 2 meses, desde el 2 de diciembre hasta el 2 de febrero. La coordinadora realizará entrevistas a los interesados para confirmar su participación en el proyecto. El periodo de inscripción será de un mes desde la entrevista. La duración del proyecto educativo será de 3 meses. Constará de 6 sesiones desarrolladas los lunes alternativos de cada mes, en el aula del centro de Salud Mar Báltico (calle Mar Báltico nº2, teléfono: 913817625, metro: Mar de Cristal).

Las sesiones de 90 minutos, se celebrarán de 17:00 a 18:30 horas.

- **Características del programa**

- **Nº participantes:** 15 personas.
- **Nº sesiones:** 6 sesiones.
- **Duración sesiones:** 90 minutos.
- **Lugar:** Aula de docencia del Centro de Salud Mar Báltico.
- **Periodicidad:** primer y tercer lunes de cada mes.
- **Horario:** De 17:00 a 18:30h.

### Cronograma

Nombre de la sesión	Objetivos	Actividades
<b>Mantente activo mientras cuidas</b> Fecha: 2/03/2020	Analizar la situación actual de los cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Técnica telaraña: presentación de los miembros.</li> <li>○ Brainstorming.</li> <li>○ Técnica Rejilla: análisis del proceso de demencia.</li> <li>○ Cuestionario evaluación de la sesión.</li> </ul>
<b>¿Qué comemos hoy?</b> Fecha: 16/03/2020	Argumentar los beneficios de la dieta saludable en el envejecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acogida y ronda de dudas.</li> <li>○ Brainstorming y exposición con discusión.</li> <li>○ Exposición teórica: bases alimentación saludable.</li> <li>○ Técnica de participación grupal: “<i>Clasifica los alimentos</i>”.</li> <li>○ Cuestionario de evaluación de la sesión.</li> </ul>
<b>Con un corazón fuerte y sano, te cuidarás a ti y al de al lado.</b> Fecha: 30/03/2020	Ampliar conocimientos sobre los beneficios del ejercicio físico en la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acogida y ronda de dudas.</li> <li>○ Lección participada: beneficios del ejercicio físico.</li> <li>○ La pecera: identificar dificultades en la realización de ejercicio físico y plantear posibles soluciones.</li> <li>○ Demostración con entrenamiento de ejercicios para realizar en domicilio.</li> <li>○ Cuestionario de evaluación de la sesión.</li> </ul>



<b>Ser independiente para cuidar la dependencia</b> Fecha: 13/04/2020	Ampliar conocimientos y las destrezas en la tarea del cuidar a una persona dependiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acogida y ronda de dudas</li> <li>○ Role- Playing: prevención de caídas de la persona dependiente.</li> <li>○ Demostración con ejercicios: técnicas de estimulación cognitiva.</li> <li>○ Demostración con entrenamiento: asesoramiento en el baño y cuidados de la piel.</li> <li>○ Cuestionario de evaluación de la sesión.</li> </ul>
<b>No estás sólo, haz uso de los recursos.</b> Fecha: 27/04/2020	Identificar los recursos disponibles favoreciendo el tiempo libre en el cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acogida y ronda de dudas.</li> <li>○ Video con discusión: exposición de los servicios SAAD.</li> <li>○ Técnica Expositiva y testimonio: grupos de ayuda mutua.</li> <li>○ Cuestionario de evaluación de la sesión.</li> </ul>
<b>Si quieres descansar, algo tienes que cambiar</b> Fecha: 11/05/2020	Compartir los beneficios de la higiene de sueño y las técnicas de relajación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acogida y ronda de dudas.</li> <li>○ Caso Práctico: consecuencias negativas inadecuada higiene de sueño.</li> <li>○ Técnica de investigación en aula: Phillips 5:5</li> <li>○ Demostración con entrenamiento.</li> <li>○ Cuestionario de evaluación de la sesión.</li> </ul>

## 6. DESARROLLO DE LAS SESIONES:

**Sesión 1: Mantente activo mientras cuidas.**

<u>OBJETIVO PRINCIPAL</u>	<u>OBJETIVOS SECUNDARIOS</u>	<u>CONTENIDOS</u>	<u>TÉCNICAS</u>	<u>GRUPOS</u>	<u>TIEMPO</u>	<u>RECURSOS</u>
Analizar la situación actual de los cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar la sociabilización del grupo.</li> <li>✓ Crear un clima favorable.</li> </ul>	Presentación profesionales y participantes.	Expositiva: técnica telaraña	GG <sup>3</sup>	20'	<b><u>Materiales:</u></b> Aula del C.S, proyector, ordenador, folios, bolígrafos, pizarra, rotulador, ovillo de lana, cuestionario de evaluación, folleto informativo.  <b><u>Humanos:</u></b> Dos enfermeras docentes y el observador
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Argumentar el concepto de “envejecimiento activo”.</li> </ul>	Desarrollar el concepto de envejecimiento activo saludable.	Técnica de investigación en aula: “BrainStorming”	GG	25'	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar que cada participante exprese su experiencia como cuidador.</li> <li>✓ Reflexión acerca de las dificultades en la labor de cuidado.</li> </ul>	Analizar el proceso crónico de la demencia. Valorar la labor del cuidado brindado.	Técnica de investigación en aula: Rejilla	GG	35'	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluación de la sesión.</li> </ul>	Evaluar la sesión. Despedida.	Cuestionario de evaluación.	Individual	10'	

*FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 42,43.*

<sup>3</sup> GG: Grupo Grande (15 participantes).

### **Desarrollo de la sesión:**

- **Presentación: Técnica de la telaraña:**

Al inicio de la sesión se destinarán 20 minutos para el desarrollo de la técnica expositiva. En ella tendrá lugar la presentación de los profesionales que van a impartir las sesiones, así como los participantes. Para ello se tendrán que poner de pie formando un círculo favoreciendo el contacto visual. El coordinador comenzará la presentación con un ovillo de lana, diciendo su nombre, edad... Al terminar, lanzará en ovillo a otro participante sosteniendo el extremo del mismo. Así, de manera sucesiva, se irán presentando el resto de miembros a medida que les llegue el ovillo. En esta presentación deberán decir su nombre, edad, tiempo realizando labores de cuidado... con el objetivo de establecer un ambiente favorable y un clima de confianza entre los asistentes.

- **Brainstorming:**

Tras la presentación de todos los miembros, se dejarán 25 minutos para realizar una tarea de “brainstorming” en la cual los participantes deberán decir en una o dos palabras lo que consideran que es el “envejecimiento activo”. Mientras los participantes lanzan ideas, un voluntario las apuntará en una pizarra. De este modo, se recoge el conocimiento previo de los participantes.

- **Rejilla:**

Una vez finalizada la tormenta de ideas, se destinarán 35 minutos para el desarrollo de una técnica de investigación en aula por parte de las educadoras acerca del envejecimiento y cómo a través de las sesiones del programa se pretende empoderarles para su autocuidado y la labor del cuidado prestado. Se les repartirá un folleto informativo con toda la información (anexo 5).

Posteriormente, se realizará una técnica de investigación en aula: Rejilla. Esta técnica permite trabajar tanto el área afectiva y el área cognitiva. Al final, el educador sintetiza y expone (43).

- **Cuestionario de evaluación:**

Finalmente, se les entregará un cuestionario a rellenar en 10 minutos, mediante el cual podrán evaluar la sesión impartida (Anexo 7).

## PRESENTACIÓN POWER POINT SESIÓN 1

Proyecto educativo  
destinado a cuidadores  
de personas con  
demencia



### SESIÓN 1 Mantente activo mientras cuidas.

#### Planificación de la Sesión

20'

- **Presentación** profesionales y participantes.

20'

- **Brainstorming:** Concepto Envejecimiento Activo

30'

- **Técnica Rejilla:** Valoración labor del cuidado.

10'

- **Cuestionario** de Evaluación.



#### BRAINSTORMING



## ENVEJECIMIENTO ACTIVO

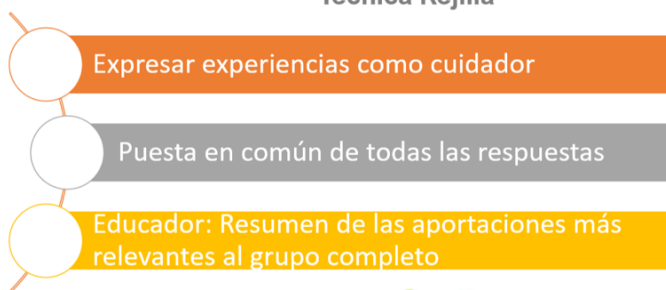
*“Proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad de vida, la productividad y la esperanza de vida a edades avanzadas con la mínima prevalencia de discapacidad”*



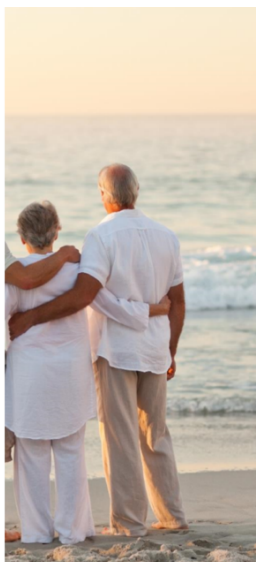
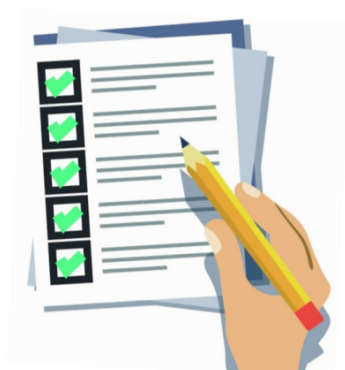
Referencia: Ramos Monteagudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos, María de los Ángeles. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Revista Archivo Médico de Camagüey 2016 06;/20(3):330-337



## VALORACIÓN LABOR DE CUIDADO Técnica Rejilla



## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN



*FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 36,42-44.*

## Sesión 2: ¿Qué comemos hoy?

<u>OBJETIVO PRINCIPAL</u>	<u>OBJETIVOS SECUNDARIOS</u>	<u>CONTENIDOS</u>	<u>TÉCNICAS</u>	<u>GRUPOS</u>	<u>TIEMPO</u>	<u>RECURSOS</u>
Argumentar beneficios de la dieta saludable en el envejecimiento.	✓ Bienvenida y resolución de dudas.	Presentación profesionales y participantes.	Acogida y ronda de dudas.	GG	15'	<b><u>Materiales:</u></b> Aula del C.S, Ordenador, proyector, pizarra, sillas, bolígrafos, folios, cuestionario de evaluación, folleto teórico de la sesión.  <b><u>Humanos:</u></b> Dos enfermeras docentes y el observador
	✓ Reflexión de mitos en la alimentación.	Exposición de mitos en la alimentación.	“Brainstorming” y Exposición con discusión.	GG	15'	
	✓ Identificar grupos de alimentos. ✓ Conocer recomendaciones de ingesta.	Exposición: “ <i>bases de una alimentación saludable en personas mayores</i> ”.	Técnica Expositiva Teórica.	GG	20'	
	✓ Evaluar conocimientos. ✓ Favorecer participación y discusión grupal.	Ejercicio práctico: “ <i>Clasifica los alimentos</i> ”.	Técnica de participación grupal.	G1/G2/G3 <sup>4</sup>	30'	
	✓ Evaluación de la sesión.	Evaluación de la sesión y despedida.	Cuestionario de evaluación.	Individual	10'	

FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 42,44,45.

<sup>4</sup> G1: Grupo 1 (5 participantes)  
G2: Grupo 2 (5 participantes)  
G3: Grupo 3 (5 participantes)

### **Desarrollo de la sesión:**

- **Bienvenida y ronda de dudas:**

En primer lugar, se saludará a los participantes. A continuación, se les entregará un folleto con toda la información de la sesión que se va a impartir (Anexo 8). Finalmente, se dejará un tiempo para que puedan resolver posibles dudas de la sesión anterior.

- **Brainstorming:**

Al comenzar la sesión se destinarán 15 minutos para que los participantes expresen sus conocimientos acerca de las correctas pautas en la alimentación. A continuación, las educadoras mediante una presentación Power-Point, aportarán información evidenciada desmitificando las falsas creencias identificadas.

- **Exposición Teórica:**

A continuación, se pasará a una exposición teórica de 20 minutos de duración por parte de las educadoras, para exponer la pirámide nutricional de la Asociación de Geriatria y Gerontología sobre alimentación saludable para personas mayores de 65 años.

- **Técnica de participación grupal:**

La actividad se desarrollará a lo largo de 30 minutos. Se indicará a los participantes que formen tres grupos de cinco personas cada uno (G1-G2-G3). Una vez formados los grupos, las educadoras repartirán un cuadro (Anexo 9) y unas cartulinas de diferentes alimentos. Posteriormente, se les explicará la dinámica del ejercicio: tendrán que colocar los diferentes alimentos en función de la frecuencia de consumo diario recomendada. Al finalizar el ejercicio el representante de cada grupo deberá exponer al grupo grande el cuadro final. Una vez expuestos los tres trabajos, las educadoras procederán a la corrección de los mismos.

- **Cuestionario de evaluación:**

Para finalizar, se destinarán 10 minutos para rellenar un cuestionario de evaluación (Anexo 7) a todos los participantes, para valorar el grado de satisfacción de la sesión, así como para conocer los aspectos negativos como puntos de mejora.



## PRESENTACIÓN POWER POINT SESION 2



### Planificación de la Sesión

- 15' • Resolución de dudas sesión anterior.
- 15' • Brainstorming y mitos en la alimentación.
- 20' • Grupos de alimentación y recomendaciones de ingesta.
- 30' • Ejercicio Práctico.
- 15' • Cuestionario de Evaluación.



### MITOS EN LA ALIMENTACIÓN



PREGUNTAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las formas de preparación y condimentación de los alimentos <b>no</b> influyen en la composición		
<b>No</b> se deben tomar pescados como la sardina por ser ricos en grasas		
El consumo de ajo y de cebolla regula la presión arterial y además el ajo baja el colesterol		
Los frutos secos ejercen un efecto protector cardiovascular		
La naranja y la leche <b>no</b> pueden consumirse juntas pues se produce "un corte de digestión"		





## MITOS EN LA ALIMENTACIÓN



PREGUNTAS		
El zumo de naranja natural o envasado tiene el mismo valor nutritivo		
Los edulcorantes, como la sacarina, producen cáncer		
Se deben <b>evitar</b> los hidratos de carbono		
El huevo está <b>prohibido</b> para quien tenga el colesterol elevado		
La leche se debe hervir siempre		



## SOLUCIONES

PREGUNTAS		
Las formas de preparación y condimentación de los alimentos no influyen en la composición. <b>VERDADERO:</b> las distintas preparaciones culinarias a las que se sometan los alimentos determinan y modifican las características nutricionales de los mismos	★	
No se deben tomar pescados como la sardina por ser ricos en grasas. <b>FALSO:</b> Estos pescados son ricos en grasas poliinsaturados y en omega 3		★
El consumo de ajo y de cebolla regula la presión arterial. <b>VERDADERO:</b> Aportan potasio, que actúa como regulador de la presión arterial.	★	
Los frutos secos ejercen un efecto protector cardiovascular. <b>VERDADERO:</b> Se recomiendan dos nueces o cuatro almendras o avellanas o una cucharada de cacahuets al día.	★	
La naranja y la leche no pueden consumirse juntas pues se produce "un corte de digestión". <b>FALSO:</b> La leche en medio ácido se coagula y así ocurre cuando llega la leche sola al estómago. Pero este fenómeno es necesario para una adecuada digestión.		★



## SOLUCIONES

PREGUNTAS		
El zumo de naranja natural o envasado tiene el mismo valor nutritivo. <b>FALSO:</b> La vitamina C es muy inestable y frágil, degradándose en presencia de la luz, el oxígeno y el calor. Por ello es mejor consumir el zumo inmediatamente extraído y no envasado.		★
Los edulcorantes, como la sacarina, producen cáncer. <b>FALSO:</b> Todos los edulcorantes autorizados son seguros para el consumo humano.		★
Se deben <b>evitar</b> los hidratos de carbono. <b>FALSO:</b> ya que se corre el riesgo de presentar alteraciones en los neurotransmisores cerebrales, como la serotonina. Se deben mantener en, al menos, una de las principales comidas.		★
El huevo está <b>prohibido</b> para quien tenga el colesterol elevado. <b>FALSO:</b> Aunque la yema de los huevos es rica en colesterol, no está prohibido comerlos, sino que debe moderar su consumo. Una dieta saludable incluye huevos hasta 3-4 veces/semana.		★
La leche se debe hervir siempre. <b>FALSO:</b> Solo debe hervirse la leche cruda, que no ha sufrido ningún proceso de higienización. Si se hierve leche sometida a estos procesos pierde sus propiedades y el valor nutricional.		★



## GRUPOS DE ALIMENTACIÓN



Referencia: Álvarez Hernández J, Cuenillas Díaz A, Gómez Busto F, López-Ibor Alcocer MI, Mañas Martínez MC, Ruiz Hidalgo D, Sánchez Quiles B. Alimentación y Nutrición saludable en los mayores: Mitos y Realidades. Madrid, España: IMC; 2015.

## EJERCICIO PRÁCTICO

→ Coloque las fichas de alimentos en la tabla según la frecuencia de consumo de cada uno.

RACIONES AL DÍA	ALIMENTOS
Consumo moderado	
2 raciones	
3 raciones	
4 raciones	
6-8 raciones	

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN



FUENTE: Elaboración propia a partir de referencia 45.

**Sesión 3: Con un corazón fuerte y sano te cuidarás a ti y al de al lado.**

<b><u>OBJETIVO PRINCIPAL</u></b>	<b><u>OBJETIVOS SECUNDARIOS</u></b>	<b><u>CONTENIDOS</u></b>	<b><u>TÉCNICAS</u></b>	<b><u>GRUPOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>
Ampliar conocimientos sobre ejercicio físico.	✓ Bienvenida y resolución de dudas.	Presentación sesión y contenidos.	Acogida y ronda de dudas.	GG	10'	<b><u>Materiales:</u></b> Aula del C.S, ordenador, pizarra, proyector, ropa cómoda, sillas, folleto de la sesión, cuestionario de evaluación  <b><u>Humanos:</u></b> Dos enfermeras docentes y el observador.
	✓ Conocer los beneficios del ejercicio para lograr un envejecimiento activo.	Ejercicio físico: - Mantiene una buena masa muscular - Disminuye el riesgo de enfermedades - Reduce ansiedad y mejora salud mental - Favorece la rehabilitación - Mejora la calidad de vida	Técnica expositiva: lección participada.	GG	20'	
	✓ Identificar aquello que impide realizar ejercicio y enumerar solución.	Impedimentos para la realización de ejercicio.  Lista de posibles soluciones a problemas que nos impiden hacer ejercicio.	Técnica de análisis: La pecera.	G1-G2-G3	20'	
	✓ Conocer la práctica de ejercicios físicos.	Ejercicios prácticos que puedan realizar en casa adaptados a sus condiciones. - Ejercicios de fortalecimiento, equilibrio y estiramientos.	Técnica de análisis. Demostración con entrenamiento.	GG	25'	
	✓ Evaluación de la sesión.	Evaluación de la sesión.	Cuestionario de valoración.	Individual	15'	

*FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 42,44,46-48.*

### **Desarrollo de la sesión:**

- **Bienvenida y ronda de dudas:**

En primer lugar, se saludará a los participantes. A continuación, se les entregará un folleto con toda la información de la sesión (Anexo 10). Finalmente, se dejará un tiempo para que puedan resolver posibles dudas de la sesión anterior.

- **Técnica expositiva:**

A través de esta técnica las educadoras emplearán 20 minutos para preguntar a los participantes el tiempo que dedican al ejercicio a la semana y los beneficios del mismo. Es preciso conocer las características y necesidades del grupo para adaptar los ejercicios a los mismos. Posteriormente, la educadora expondrá los beneficios que conlleva practicar ejercicio con regularidad a través de una presentación.

- **La pecera:**

Se dividirá a los participantes en tres grupos de 5 personas cada uno, uno de los grupos tendrá el rol de observador. Los otros dos grupos se sentarán en círculo y deberán realizar una lista con al menos 5-10 dificultades que les impide realizar ejercicio. Posteriormente el grupo observador hará una valoración de los participantes y propondrá soluciones a la lista comentada. Finalmente, se debatirá acerca de las soluciones planteadas.

- **Técnica expositiva:**

Las educadoras enseñarán en 25 minutos, ejercicios que puedan hacer en casa. A continuación, los participantes deberán imitar a las educadoras que irán realizando los diferentes ejercicios.

Practicarán ejercicios de fortalecimiento de piernas y brazos (levantarse de una silla y flexión de cadera), ejercicios de equilibrio (levantamiento lateral de la pierna, flexión de rodilla) y estiramientos (de los tendones del muslo, estiramiento de los tríceps) que van destinados a la mejora de la condición física general, favoreciendo un envejecimiento saludable. Finalmente, se les dará un folleto explicativo (Anexo 10) (48).

- **Evaluación:**

Finalmente, se dejarán 10 minutos a los participantes para cumplimentar un cuestionario de evaluación (Anexo 7) de la sesión impartida a partir del grado de satisfacción adquirido.



## PRESENTACIÓN POWER POINT SESIÓN 3



### Planificación de la sesión

20'

- Técnica expositiva

20'

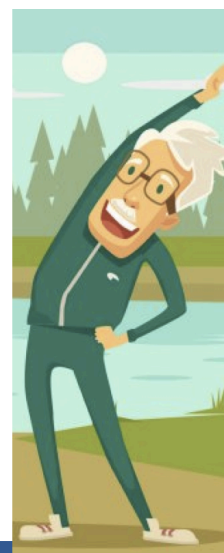
- Técnica de análisis: la pecera

25'

- Técnica de análisis: Demostración con ejercicio

15'

- Cuestionario de evaluación



### PREGUNTAS

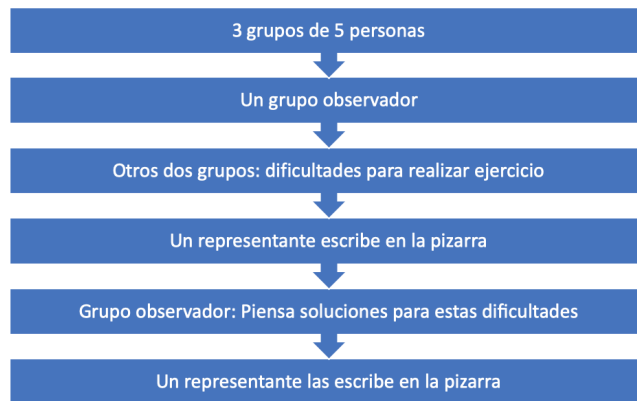


- ¿Cuánto tiempo dedica usted al ejercicio físico a la semana?
- ¿Cuáles creéis que son los beneficios del mismo?

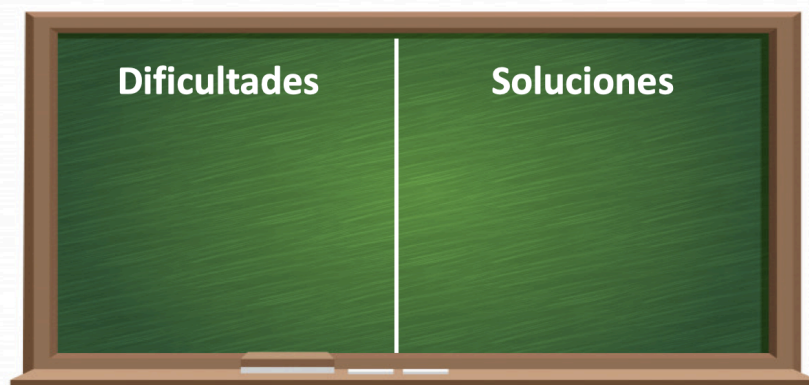


## Actividad: La pecera

### Instrucciones:



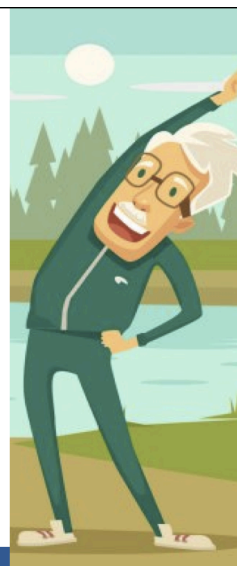
## ACTIVIDAD: LA PECERA



Fortalecimiento	Equilibrio	Estiramientos

Gil Gregorio P, Ramos Cordero P, Marín Carmona JM, López Trigo. Guía de ejercicio Físico para mayores. "Tu salud en marcha" [Internet]. Madrid. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2012. [Consultado el 15 Mar 2020].

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN



*FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 46-48.*



**Sesión 4: Ser independiente para cuidar la dependencia.**

<b><u>OBJETIVO PRINCIPAL</u></b>	<b><u>OBJETIVOS SECUNDARIOS</u></b>	<b><u>CONTENIDOS</u></b>	<b><u>TÉCNICAS</u></b>	<b><u>GRUPOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>
Aumentar conocimientos y destrezas en el cuidado a una persona dependiente.	✓ Bienvenida y resolución de dudas.	Presentación participantes y profesionales.	Acogida y ronda de dudas.	GG	10'	<b><u>Materiales:</u></b> Aula del C.S, proyector, ordenador, bolígrafos, tres maniquís, material de aseo, objetos cotidianos, cuestionario de evaluación, folleto de la sesión.  <b><u>Humanos:</u></b> Dos enfermeras docentes, el observador, enfermero experto en cuidados geriátricos.
	✓ Aumentar conocimientos sobre caídas y su prevención.	Levantamiento tras caída y su prevención.	Técnica de desarrollo de habilidades: Role-Playing.	GG	20'	
	✓ Conocer técnicas para estimulación cognitiva de persona dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicios de simulación</li> <li>- Ejercicios de reconocimiento espacial</li> <li>- Reconocimiento de uso habitual de los objetos.</li> </ul>	Técnica de análisis: Demostración con ejercicios.	GG	30'	
	✓ Reforzar conocimientos de higiene de la persona dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesoramiento en el baño</li> <li>- Cuidado de la piel</li> </ul>	Técnica expositiva y demostración con entrenamiento.	G1-G2-G3	20'	
	✓ Evaluación sesión.	Evaluación sesión y despedida.	Cuestionario de evaluación.	Individual	10'	

*FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 42,44, 49-51.*

### **Desarrollo de la sesión:**

- **Bienvenida y ronda de dudas:**

Se saludará a los participantes y se les entregará el folleto con la información de la sesión (Anexo 11). A continuación, se dejarán 5 minutos para resolver las dudas.

- **Técnica role-playing:**

Mediante esta técnica de 20 minutos, un experto en la materia pedirá dos voluntarios asignando a uno de ellos el papel de persona dependiente y al otro el de cuidador/a principal. Posteriormente, se les explicará la situación en la que se va a desarrollar la escena: la persona dependiente sufre una caída y el cuidador debe levantarlo. Finalmente, el experto corregirá los errores de la simulación, explicando la técnica correctamente y dará recomendaciones para prevenir caídas.

- **Demostración con ejercicios:**

Mediante esta técnica, en 30 minutos el enfermero experto en geriatría les explicará diferentes técnicas de estimulación cognitiva de la persona dependiente. Para ello, expondrá las características de una persona con deterioro cognitivo moderado-grave. En primer lugar, hará una demostración con objetos reales y básicos de la vida diaria. Después, se desarrollarán ejercicios de reconocimiento espacial básico de objetos y ejercicios relacionados con el uso habitual de objetos cotidianos mediante la imitación. Finalmente, se les entregará un documento con los ejercicios explicados para que puedan llevarlos a la práctica. (Anexo 12)

- **Demostración con entrenamiento y técnica expositiva:**

En 20 minutos se les explicarán habilidades básicas en el asesoramiento del baño. Posteriormente se asignará un maniquí y el material necesario a cada grupo de 5 personas para realizar la práctica con el maniquí. Finalmente, se les darán recomendaciones acerca del cuidado de la piel para prevenir la aparición de úlceras por presión. (Anexo 11).

- **Evaluación:**

Finalmente, en 10 minutos rellenarán un cuestionario de evaluación (Anexo 7) de la sesión a través del grado de satisfacción adquirido. Además, si lo desean pueden realizar anotaciones de mejora de la sesión.

## PRESENTACIÓN POWER POINT SESIÓN 4

Proyecto educativo  
destinado a cuidadores  
de personas con  
demencia



### SESIÓN 4

## Se independiente para cuidar la dependencia

### Planificación de la sesión

20'

- Técnica de desarrollo habilidades: Role-Playing

30'

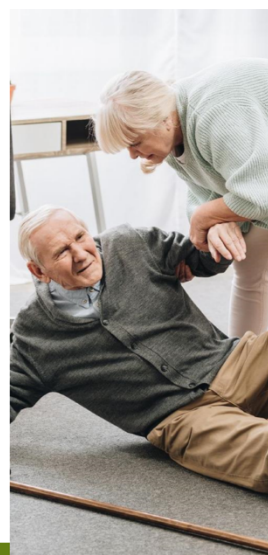
- Técnica de análisis: demostración con ejercicios

20'

- Técnica expositiva
- Demostración con entrenamiento

10'

- Cuestionario de evaluación



### ¿Cómo prevenir caídas?

<b>CONSEJOS GENERALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Retirar alfombras</li><li>- No encerar suelos</li><li>- ¡Cuidado con los cables!</li><li>- Colocar barandillas</li><li>- Buena iluminación</li></ul>
<b>SALA DE ESTAR, DORMITORIO Y ZONAS DE PASO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Retirar muebles que no se usen</li><li>- ¡Cuidado con las diferencias de nivel!</li><li>- Proteja las esquinas de los muebles.</li></ul>
<b>CUARTO DE BAÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sustituir la bañera por ducha</li><li>- Coloque barreras y asideros</li><li>- Antideslizantes en la ducha</li><li>- Alfombra de pies para secarse</li><li>- Banqueta geriátrica en la ducha</li></ul>



Campos Dompedro MA, Fernández Rodríguez AM, García Antón MA, Matilla Mora R, Merino Alaiñez M, Molinero Aguilera S, Moya Bernal A, Ramos Cordero P, Sanz Peces EM, Valle Martín MA. Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Madrid, España: IMC; 2017.

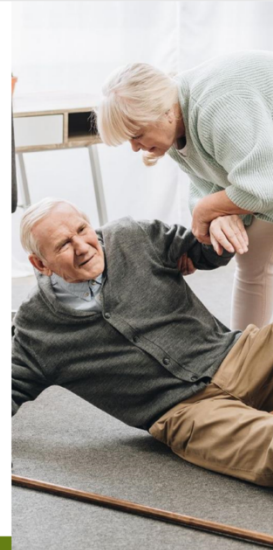
## ANTE UNA CAIDA

Valore si ,lesiones graves o dolor excesivo →

**Llame 112** ☎

Realice movimientos despacio

Puede marearse con cambios de postura.  
Tome el tiempo necesario



## Levantamiento tras caída

PASO 1



PASO 2



PASO 3



Campos Dompedro MA, Fernández Rodríguez AM, García Antón MA, Matilla Mora R, Merino Alainez M, Molinero Aguilera S, Moya Bernal A, Ramos Cordero P, Sanz Peces EM, Valle Martín MA. Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Madrid, España: IMC; 2017

## DETERIORO COGNITIVO GRAVE

Olvida nombres de personas cercanas

No consciente de experiencias recientes

Retiene algún recuerdo pasado, poco preciso

No es consciente de entorno ni tiempo ni espacio

Dependiente para ABVD

Suele recordar su nombre

Alteración ritmo diurno

Cambios emocionales y personalidad

Referencia: Tárraga L, Boada M, Morera A, Domenech S, Llorente A. Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva. Barcelona: Novartis [consultado 4 Abr 2020]

# Ejercicios de estimulación cognitiva

EJERCICIOS DE  
SIMULACIÓN

RECONOCIMIENTO  
ESPACIAL

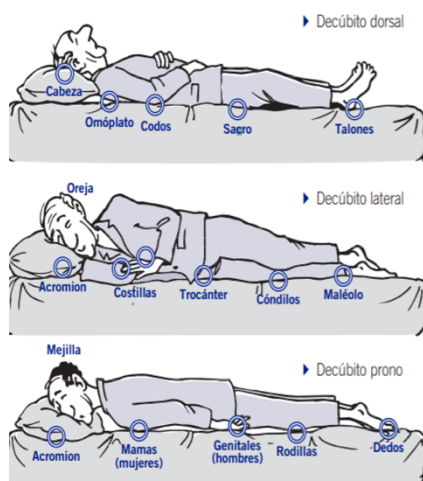
RECONOCIMIENTO USO  
HABITUAL OBJETOS



## ASESORAMIENTO EN EL BAÑO



## Cuidados de la piel



- Cambios posturales y almohadillado en zonas de presión
- Mantener piel limpia, seca e hidratada.
- Evitar ropa ajustada y arrugas en la ropa de cama.
- Colocación de cojines de aire

Referencia: Campos Dompedro MA, Fernández Rodríguez AM, García Antón MA, Matilla Mora R, Merino Aláñez M, Molinero Aguilera S, Moya Bernal A, Ramos Cordero P, Sanz Peces EM, Valle Martín MA. Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Madrid, España: IMC; 2017.

## Cuestionario de evaluación



*FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 49-51.*



**Sesión 5: No estás solo, haz uso de los recursos**

<b><u>OBJETIVO PRINCIPAL</u></b>	<b><u>OBJETIVOS SECUNDARIOS</u></b>	<b><u>CONTENIDOS</u></b>	<b><u>TÉCNICAS</u></b>	<b><u>GRUPOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>
Aumentar conocimientos acerca de recursos disponibles favoreciendo el tiempo libre en el cuidador.	✓ Bienvenida y resolución de dudas.	Presentación participantes y exposición de objetivos de la sesión.	Acogida y ronda de dudas.	GG	10'	<b><u>Materiales:</u></b> Aula del C.S, proyector, ordenador, folios, bolígrafos, cuestionario de evaluación, folleto teórico de la sesión.  <b><u>Humanos:</u></b> Dos enfermeras, el observador y un cuidador invitado.
	✓ Revisar los beneficios de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.	Servicios SAAD: - Teleasistencia, ayuda domiciliaria. - Centro de día/ de noche, voluntariado, asociaciones. Prestaciones.	Técnica expositiva: Video con discusión.	GG	30'	
	✓ Dar a conocer beneficios de los grupos de ayuda mutua.	Características grupos ayuda mutua.	Técnica expositiva y Testimonio de experiencia personal.	GG	20'	
	✓ Informar sobre productos de apoyo.	Clasificación y características productos de apoyo.	Técnica expositiva.	GG	20'	
	✓ Evaluación de la sesión.	Evaluación de la sesión y despedida.	Cuestionario de evaluación.	Individual	10'	

*FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 42,44,51,52.*

### **Desarrollo de la sesión:**

- **Bienvenida y ronda de dudas:**

Se comenzará la sesión saludando a los participantes. Se ofrecerá el folleto de la sesión con los contenidos de la misma (Anexo 13). Posteriormente, se resolverán las dudas de la sesión anterior.

- **Técnica expositiva:**

En esta actividad de 30 minutos, a través de un video explicativo se les informará acerca de los servicios y prestaciones del sistema de autonomía y atención a la dependencia (SAAD) y la forma en la que pueden acceder a la cobertura del sistema. Posteriormente, se realizará un ejercicio en el que a los participantes se les ofrecerán varios servicios y tendrán que apuntar en un folio cuáles de ellos ofrece la Ley de Dependencia y cuáles no. Finalmente se corregirá el ejercicio.

- **Técnica expositiva y testimonio de experiencia personal:**

A través de una presentación se expondrán, en 20 minutos, las características que comparten los grupos de ayuda mutua, sus beneficios en las personas cuidadoras y se les dará información sobre cómo pueden participar. A continuación, se invitará a un cuidador que haya participado en un grupo de apoyo para que hable de su experiencia.

- **Técnica expositiva:**

Se expondrán en 20 minutos los productos de apoyo ofertados por la Comunidad de Madrid y se les explicará el modo de acceso a los mismos.

- **Cuestionario de evaluación:**

Se les entregará un cuestionario de evaluación de la sesión (Anexo 7) que rellenarán en 10 minutos según su grado de satisfacción, así como los aspectos a mejorar que consideren.



## PRESENTACIÓN POWER POINT SESIÓN 5

Proyecto educativo  
destinado a cuidadores  
de personas con  
demencia



### SESIÓN 5 ¡No estás solo! Haz uso de los recursos

#### Planificación de la sesión

35'

- Técnica expositiva: Video con discusión

25'

- Técnica de expositiva

20'

- Técnica expositiva

10'

- Cuestionario de evaluación



#### Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Video explicativo servicios de atención a la dependencia :  
<https://www.youtube.com/watch?v=2QLyUDgkr48>



## Servicios que ofrece la ley

SERVICIO QUE SÍ OFRECE LA LEY


Teleasistencia

Ayuda a domicilio

Centro de rehabilitación

Centro de día

Centro de noche

Atención residencial

Grupos de ayuda mutua

Transporte



Referencia: Guía de la Cruz Roja: Guía Básica para cuidadores. Cruz Roja Española. Madrid.

## Corrección

SI INCLUYE:



NO INCLUYE:



Teleasistencia
Centro de día
Centro de noche
Ayuda a domicilio
Atención residencial

Centro de rehabilitación
Grupos de ayuda mutua
Transporte



## Grupos de ayuda mutua

Reconstruye funciones de relaciones familiares

Percepción diferente y + informada del problema

Grupos igualitarios

Mas poder y control para abordar el problema

Dan respuesta a todo tipo de problema

CARACTERÍSTICAS

Satisfacen necesidades emocionales

Referencia: Guía de la Cruz Roja: Guía Básica para cuidadores. Cruz Roja Española. Madrid.

## Productos de apoyo

### COMER Y BEBER



### HIGIENE



Referencia: Guía de la Cruz Roja: Guía Básica para cuidadores. Cruz Roja Española. Madrid.

## Productos de apoyo

### VESTIRSE



### MANTENER POSICIÓN



## Productos de apoyo

### DESPLAZAMIENTOS DENTRO Y FUERA DEL HOGAR



## Cuestionario de evaluación



*FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 51,52.*

**Sesión 6: Si quieres descansar algo tendrás que cambiar.**

<b><u>OBJETIVO PRINCIPAL</u></b>	<b><u>OBJETIVOS SECUNDARIOS</u></b>	<b><u>CONTENIDOS</u></b>	<b><u>TÉCNICAS</u></b>	<b><u>GRUPOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>
Dar a conocer los beneficios de la higiene de sueño y las técnicas de relajación.	✓ Bienvenida y resolución de dudas.	Presentación participantes y exposición objetivos de la sesión.	Acogida y ronda de dudas.	GG	10'	<b><u>Materiales:</u></b> Aula del C.S, proyector, ordenador, folios, bolígrafos, cuestionario de evaluación y folleto teórico de la sesión.  <b><u>Humanos:</u></b> Dos enfermeras docentes y el observador
	✓ Identificar las consecuencias negativas de una inadecuada higiene de sueño.	Caso práctico de inadecuada higiene de sueño. Consecuencias negativas de la misma.	Técnica análisis: Caso práctico.	GG	30'	
	✓ Exponer nociones básicas para una adecuada higiene de sueño.	Pautas de una adecuada higiene de sueño.	Técnica de investigación en aula: Phillips 5:5	GG	20'	
	✓ Informar sobre técnicas de relajación.	Prácticas de relajación.	Técnica de habilidades: demostración con entrenamiento.	GG	20'	
	✓ Evaluación sesión.	Evaluación sesión y despedida.	Cuestionario de evaluación.	Individual	10'	

*FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 42,44,53,54.*

## **Desarrollo de la sesión:**

- **Bienvenida y ronda de dudas:**

Acogida y saludo de participantes y entrega del folleto informativo de la sesión (Anexo 14). A continuación, se les dejarán 5 minutos para plantear dudas.

- **Caso práctico (30 minutos):**

Francisca de 67 años, cuida a su marido diagnosticado hace 8 años de Alzheimer, actualmente en estadio grave. Refiere tener problemas para descansar. Francisca se levanta a las 7:00 a.m. prepara el desayuno y la comida. Se toma un café bien cargado. A mediodía, una vez que ha dado de comer a su marido y le ha acostado, come ella y se echa una siesta de dos horas. Cuando se levanta, merienda otro café con galletas. Hasta la hora de la cena se queda sentada en el sofá viendo la televisión. Finalmente, da de cenar a su marido, le cambia y le acuesta. Sobre las 22:30-23:00 cena ella y se queda un rato más viendo la televisión en la cama.

*¿Considera que Francisca tiene un correcto hábito de sueño?, ¿Qué aspectos considera que no favorecen una higiene de sueño?, ¿Qué consejos le darías a Francisca para mejorar su higiene de sueño?*

Posteriormente, se debatirá acerca de lo comentado en las preguntas anteriores y seguidamente se explicarán las consecuencias negativas que tiene una mala higiene de sueño. Se les hará la pregunta: “*¿considera que debería de cambiar alguna de su rutina diaria?*”

- **Phillips 5:5:**

En esta técnica, de 20 minutos se dividirán los participantes en tres grupos. Cada miembro tendrá un minuto para que exprese qué pautas se deben seguir para una correcta higiene de sueño. Finalmente, una persona del grupo recoge las ideas y las presenta al grupo grande. El experto recoge todas y hace una recopilación de las más acertadas añadiendo él las que considere.

- **Demostración con entrenamiento**

En esta actividad, se presentarán a los participantes dos técnicas de relajación para que puedan practicar en sus casas. Además, se les comentará brevemente los beneficios que estas tienen en su salud mental.

- **Cuestionario de evaluación**

Para terminar, se dejarán 10 minutos para realizar el cuestionario de evaluación (Anexo 7) de tal forma que puedan evaluar la sesión en función del grado de satisfacción. Si lo desean podrán añadir puntos de mejora.

## PRESENTACIÓN POWER POINT SESIÓN 6

Proyecto educativo  
destinado a cuidadores de  
personas con demencia



### SESIÓN 6

## Si quieres descansar, algo tendrás que cambiar

### Planificación de la Sesión:

10'

- Resolución de dudas sesión anterior.

35'

- Caso Práctico: Consecuencias inadecuada higiene de sueño

30'

- Nociones básicas higiene de sueño.

20'

- Ejercicio Práctico: Técnicas de Relajación.

10'

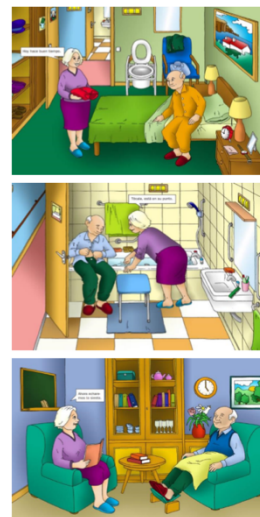
- Cuestionario de Evaluación.



## CASO PRÁCTICO

### *Consecuencias de una inadecuada higiene de sueño*

Francisca de 67 años, cuida a su marido diagnosticado hace 8 años de Alzheimer, actualmente en estadio grave. Refiere tener problemas para descansar. Francisca se levanta a las 7:00 a.m. prepara el desayuno y la comida. Se toma un café bien cargado. A mediodía, una vez que ha dado de comer a su marido y le ha acostado, come ella y se echa una siesta de dos horas. Cuando se levanta, merienda otro café con galletas. Hasta la hora de la cena se queda sentada en el sofá viendo la televisión. Finalmente, da de cenar a su marido, le cambia y le acuesta. Sobre las 22:30-23:00 cena ella y se queda un rato mas viendo la televisión en la cama.





## CASO PRÁCTICO

*Consecuencias de una inadecuada higiene de sueño*

- ¿Considera que Francisca tiene un **correcto hábito** de sueño?
- ¿Qué aspectos considera que **no favorecen** una higiene de sueño?
- ¿Qué **consejos** le darías a Francisca para mejorar su higiene de sueño?
- ¿Considera que debería de **cambiar alguna** de su rutina diaria?



### Consecuencias inadecuada higiene de sueño...

PROBLEMAS DE SALUD
○ Problemas digestivos: impacto negativo en el metabolismo de carbohidratos y en la función endocrino, úlcera péptica, gastritis...
○ Problemas Cardiacos.
○ Trastornos Psicológicos: cambios en el estado de ánimo, aumento de los niveles de ansiedad y más riesgo de desarrollar depresión.
○ Obesidad.
○ Alteración hábitos de alimentación: consumo aumentado de café, tabaco, estimulantes...
○ Cefaleas.
○ Problemas de Rendimiento: tasas más altas de accidentalidad, disminución de la calidad del cuidado brindado.

#### Referencias:

- Miró, Elena, Cano Lozano, María del Carmen, Buena Casal, Gualberto, Sueño y calidad de vida. Revista Colombiana de Psicología. 2005; (14):11-27.
- D'Hyver de las Deses C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Revista de la facultad de medicina UNAM. 2017; 61 (1): 33- 45.



## NOCIONES BÁSICAS HIGIENE DE SUEÑO

- Horario fijo diario.
- Usar la cama **SÓLO** para dormir.
- **No** dormir **siesta**.
- Evitar la **cafeína** y la **teína** por la tarde.
- No consumir tabaco o alcohol.
- Mantener el dormitorio a una temperatura adecuada.
- Cenar al menos 2h antes de acostarse y **no** cenar **alimentos copiosos**.
- Reducir la ingesta de líquidos a media tarde.
- Establecer una **rutina** antes de irse a dormir.



**Referencia:** Estrella González, Isabel M.ª, & Torres Prados, M.ª Teresa. (2015). La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *Gerokomos*, 26(4), 123-126.



## EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

- **BENEFICIOS:**

1. Alivia la tensión muscular
2. Mejora la calidad del sueño
3. Disminución de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial.
4. Disminución del estrés y ansiedad.

- **TÉCNICAS:**

- Relajación guiada con estiramientos.
- Mindfulness.



## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN



*FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 53, 54.*

## 7. EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Mediante la evaluación del proyecto educativo, se pretende conocer el grado de efectividad que ha tenido este sobre los participantes. El principal objetivo es obtener información que permita realizar mejoras en intervenciones futuras, para así hacerlas más eficaces.

Para obtener una evaluación holística, los tres agentes que participan en el proyecto educativo: observador externo, observador participante (hace referencia a la educadora) y participantes, podrán aportar información tanto continuada a lo largo de las sesiones, como al final del proyecto, mediante instrumentos de carácter cualitativo y cuantitativo (42):

- Cuestionario de evaluación de cada sesión (Anexo 7): será rellenado por todos los participantes de manera individual al finalizar cada sesión.
- Cuestionario de Evaluación final (Anexo 15): será rellenado por todos los participantes de manera individual al finalizar la última sesión del proyecto educativo.
- Guion del observador (Anexo 16): será rellenado por el observador al final de cada sesión educativa.

Tanto el cuestionario de evaluación de cada sesión como el final, están desarrollados en formato de preguntas que medirán las respuestas mediante la escala Likert con 5 puntos (1: en total desacuerdo – 5: muy de acuerdo).

Se seguirá el modelo de evaluación propuesto por Donabedian, en el cual los tres agentes expuestos anteriormente realizarán la evaluación en relación a las siguientes partes: (55)

1. **Estructura:** En este apartado se pretende evaluar acerca de los recursos (materiales, humanos y financieros) empleados para la realización del proyecto educativo, además del horario, duración de las sesiones y la calidad de las instalaciones.
2. **Proceso:** Este apartado de la evaluación tiene como interés las actividades llevadas a cabo en cada una de las sesiones, si la práctica profesional ha sido adecuada o no, además de evaluar si la cantidad de actividades realizadas ha sido deficiente o excesiva, así como la adecuación de las técnicas educativas empleadas. Además, también se evaluará en este apartado el grado de participación y relación por parte de los asistentes.

- 3. Resultado:** En este apartado se pretende evaluar la consecución de los objetivos propuestos. La evaluación se realizará mediante los cuestionarios de satisfacción cumplimentados por parte de los participantes.

## **8. LIMITACIONES.**

Las limitaciones que se han encontrado en la realización de este trabajo han sido, en primer lugar, en la búsqueda bibliográfica acerca de antecedentes de intervenciones con la población cuidadora mayor de 65 años. Esto se debe a la falta de investigación en relación con este grupo. Los únicos artículos encontrados en referencia a esta población, centran su abordaje en la formación en cuidados y no en el autocuidado de la persona cuidadora.

Otra limitación que se ha presentado, ha sido la imposibilidad de realizar un cuestionario a personas cuidadoras mayores de 65 años que cuidasen a personas diagnosticadas de una demencia moderada-grave, por tratarse de una población diana muy específica y de difícil acceso. Por ello, el diseño del programa, finalmente, se ha basado en las necesidades que presentan este tipo de cuidadores reflejadas en la literatura.

## **9. CONCLUSIONES.**

Tras la realización de este trabajo y su pertinente consulta de la literatura, se puede concluir que existe una notable falta de investigación en la población cuidadora mayor de 65 años, a pesar del aumento que ha experimentado este colectivo con respecto a décadas anteriores.

Actualmente, existen múltiples programas y guías centrados únicamente en la formación en cuidados, sin embargo, son pocos los dirigidos al cuidado del cuidador. Se considera necesario la elaboración de programas que combinen formación en cuidados y autocuidado.

Además, se puede concluir que la educación brindada al cuidador debe ser individualizada teniendo en cuenta las características propias del síndrome de la demencia, como lo son el deterioro cognitivo y el grado de dependencia.

Por otro lado, es reseñable la falta de seguimiento de los cuidadores, pues a menudo se centra la atención únicamente en la persona que recibe el cuidado, dejando de lado la esfera psicoemocional del cuidador, esfera que numerosos estudios demuestran que se ve afectada al desarrollarse problemas de estrés o ansiedad provocados por la labor del

cuidado (30). Se considera que la calidad del cuidado brindado depende de manera directa de la calidad de vida que tenga el cuidador. Es por ello que, mediante la formación de este colectivo en un envejecimiento activo, con la elaboración de proyectos educativos como el realizado, se puede favorecer en gran medida su empoderamiento en el autocuidado. De este modo, al tener unas adecuadas condiciones tanto físicas como psicológicas, podrán seguir cuidando de su familiar, además de estar capacitados para prevenir las consecuencias negativas del cuidado, así como el “síndrome de sobrecarga del cuidador” (7).

Por todo lo mencionado anteriormente, se considera esencial continuar investigando acerca de la población cuidadora mayor de 65 años para así conocer las necesidades específicas de los mismos y poder contribuir de este modo en mejorar la calidad de vida tanto de ellos mismos como de las personas que reciben los cuidados.

## **10. AGRADECIMIENTOS.**

En primer lugar, querríamos agradecer a nuestra tutora Asunción García por su disponibilidad desde el primer momento, su apoyo, ayuda y comprensión a pesar de las circunstancias acontecidas en los últimos meses. Gracias a ella y a su motivación durante todo el proceso de elaboración del trabajo, hemos podido finalizar una de las etapas más importantes de nuestras vidas.

Nos gustaría reconocer la ayuda proporcionada por el personal de la biblioteca de medicina (Paula Sigüero y Candelas Gil) a través de los seminarios impartidos y su disposición constante.

Agradecer también a nuestras familias y amigos, por su apoyo incondicional y por enseñarnos a ser constantes en el trabajo. Además, dar gracias a Jorge Gisbert por su colaboración en la redacción del trabajo. Gracias a ellos sin duda, hemos llegado hasta aquí.

Por último, agradecer a Hilario y Amparo (abuelo de Teresa y abuela de Paloma), que nos acompañan desde el cielo, por inspirarnos en el tema de nuestro TFG. Nuestra pequeña experiencia en el cuidado de su demencia, nos ha hecho conscientes del impacto emocional que esta enfermedad tiene en la familia.

## 11. ANEXOS.

### ANEXO 1: ESCALA GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS) (50)

. Escala de deterioro global

#### **GDS 1**

##### **Sin deterioro cognitivo/Normalidad**

- No hay quejas subjetivas de pérdida de memoria.
- No se objetivan déficit de memoria en la entrevista clínica

#### **GDS 2**

##### **Deterioro cognitivo muy leve/Olvido benigno senil**

- Hay quejas subjetivas de pérdida de memoria, más frecuentemente en las siguientes áreas:
  - a) Olvidos del lugar donde ha dejado objetos familiares.
  - b) Olvido de nombres familiares.
- No hay evidencia objetiva de déficit de memoria en la entrevista clínica.
- No hay déficit objetivo en el trabajo ni en situaciones sociales.
- Actitud apropiada respecto a su sintomatología.

#### **GDS 3**

##### **Deterioro cognitivo leve/Compatible con enfermedad de Alzheimer incipiente**

- Primeros déficit claros. Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas:
  - a) Se suele perder cuando viaja a lugares no conocidos.
  - b) Se evidencia su bajo rendimiento laboral.
  - c) Se hace evidente la pérdida de palabras y nombres.
  - d) Retiene relativamente poco material cuando lee un párrafo de un libro.
  - e) Demuestra una disminución en el recuerdo de nombres de personas que acaba de conocer.
  - f) Pierde o extravía objetos de valor.
  - g) En la exploración clínica se puede evidenciar un déficit de concentración.
- Evidencia objetiva de déficit de memoria que se pone de manifiesto en una entrevista exhaustiva.
- Disminución del rendimiento en las áreas laboral y social.
- Empieza a negar los déficit.
- Estos síntomas van acompañados de ansiedad leve o moderada.

**Nota:** si sólo se demuestra alteración de memoria: *alteración amnésica atribuida a la edad (AMAE)*. Si presenta otras funciones alteradas pero estables: *deterioro cognitivo atribuido a la edad (DECAE)*. Si los déficit son progresivos: *demencia inicial*.

#### **GDS 4**

##### **Deterioro cognitivo moderado/Demencia leve**

- Déficit evidentes al realizar una cuidadosa historia clínica. Los déficit son manifiestos en las siguientes áreas:
  - a) Disminución en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes.
  - b) Puede presentar algún déficit en el recuerdo de su historia personal.
  - c) Déficit en la concentración, que se hace evidente en la sustracción de series.
  - d) Disminución en la capacidad para viajar, manejar las finanzas, etc.

- No suele haber déficit en las siguientes áreas:
  - a) Orientación en tiempo y persona.
  - b) Reconocimiento de personas y caras familiares.
  - c) Capacidad para desplazarse a lugares conocidos.
- Incapacidad para realizar tareas complejas.
- La negación es el principal mecanismo de defensa.
- La respuesta afectiva se aplanan y el individuo se retrae ante situaciones de mayor exigencia.

## **GDS 5**

### **Deterioro cognitivo moderadamente grave/Demencia moderada**

- El paciente ya no puede pasar sin algún tipo de ayuda.
- El paciente es incapaz de recordar detalles relevantes de su vida actual, por ejemplo su dirección o número de teléfono que tiene desde hace años, los nombres de parientes cercanos (p. ej., sus nietos), de su escuela, colegio, instituto o universidad en que se graduó.
- A menudo presenta desorientación temporal (fecha, día de la semana, estación...) o de lugar.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad al contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2.
- Las personas en este estadio se acuerdan de muchos datos importantes referentes a ellos mismos y a los demás.
- Invariablemente saben su propio nombre y el de su esposa e hijos.
- No requiere ayuda para el aseo ni para comer, pero puede tener alguna dificultad en elegir qué

## **GDS 6**

### **Deterioro cognitivo grave/Demencia moderadamente grave**

- Puede olvidarse ocasionalmente del nombre de su esposo/a, de quien depende del todo.
- No será consciente de acontecimientos y experiencias recientes.
- Retiene algún recuerdo de su vida pasada, pero es poco preciso.
- Generalmente, no es consciente de su entorno, ni en el tiempo ni en el espacio.
- Tiene dificultad en contar de 10 hacia atrás y, a veces hacia delante.
- Requerirá asistencia en las actividades de la vida diaria, por ejemplo puede ser incontinente, precisará ayuda para desplazarse, pero ocasionalmente mostrará capacidad para trasladarse a lugares conocidos.
- Frecuente alteración del ritmo diurno.
- Con frecuencia distingue a las personas conocidas de las desconocidas.
- Casi siempre recuerda su propio nombre.
- Aparecen cambios emocionales y de la personalidad. Éstos son bastante variables e incluyen:
  - a) Conductas delirantes, como por ejemplo, los pacientes acusan a su esposo/a de ser un impostor, hablan con figuras imaginarias de su entorno, o con su propio reflejo en el espejo.
  - b) Síntomas obsesivos, como por ejemplo, la persona continuamente repite sencillas actividades de limpieza.
  - c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso de conducta violenta que no existía hasta entonces.
  - d) Abulia cognitiva, como por ejemplo, pérdida de fuerza de voluntad por no poder mantener la intencionalidad el tiempo suficiente para determinar cómo convertirla en acción.

## **GDS 7**

### **Deterioro cognitivo muy severo/Demencia grave**

- En el curso de este estadio se perderán todas las habilidades verbales. Al principio de este estadio verbalizará palabras y frases muy concretas. Al final, no hay lenguaje sólo gruñidos.
- Incontinencia urinaria. Requiere asistencia para el aseo y la alimentación.
- A medida que avanza el estadio se pierden las habilidades motoras básicas, por ejemplo la capacidad para andar.
- El cerebro ya no parece capaz de decir al cuerpo lo que debe hacer. Aparecen a menudo signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.



## ANEXO 2: ESCALA DE ZARIT (56)

### ESCALA DE CARGA DE ZARIT

Entrevista sobre la carga del cuidador				
Nombre _____	Fecha _____	Expediente _____		
Instrucciones: a continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.				
0 = Nunca	1 = Rara vez	2 = Algunas veces	3 = Bastantes veces	4 = Casi siempre
1A. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?				<input type="checkbox"/>
2A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?				<input type="checkbox"/>
3A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?				<input type="checkbox"/>
4B. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?				<input type="checkbox"/>
5B. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?				<input type="checkbox"/>
6B. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?				<input type="checkbox"/>
7A. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?				<input type="checkbox"/>
8A. ¿Cree que su familiar depende de usted?				<input type="checkbox"/>
9B. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?				<input type="checkbox"/>
10A. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?				<input type="checkbox"/>
11A. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?				<input type="checkbox"/>
12A. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?				<input type="checkbox"/>
13A. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?				<input type="checkbox"/>
14A. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?				<input type="checkbox"/>
15C. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?				<input type="checkbox"/>
16C. ¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho más tiempo?				<input type="checkbox"/>
17B. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?				<input type="checkbox"/>
18B. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?				<input type="checkbox"/>
19B. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?				<input type="checkbox"/>
20C. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?				<input type="checkbox"/>
21C. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?				<input type="checkbox"/>
22A. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?				<input type="checkbox"/>

#### ESCALA DE EVALUACIÓN

- A. Consecuencias del cuidado en el cuidador (0-44)
- B. Creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar (0-28)
- C. Relación cuidador con P. M. cuidado (0-16)

#### ♦ Interpretación:

- <47: no sobrecarga.
- 47 a 55: sobrecarga leve.
- >55: sobrecarga intensa.



### ANEXO 3: ÍNDICE DE KATZ (41)

Tabla 3. ÍNDICE DE KATZ DE AVD	
<b>CLASIFICACIÓN:</b> A- Independiente en todas las actividades. B- Independiente en todas las actividades, excepto en una. C- Independiente en todas las actividades excepto en el baño y otra más. D- Independiente en todas las actividades excepto en el baño, el vestido y otra más. E- Independiente en todas las actividades excepto en el baño, el vestido, el uso del retrete y otra más. F- Independiente en todas las actividades excepto en el baño, el vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más. G- Dependiente en todas las actividades. OTROS- Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificables como C, D, E o F.	
<b>AYUDA:</b> Significa la supervisión, dirección o ayuda personal activa.	
<b>INDEPENDIENTE:</b> Significa sin supervisión, dirección o asistencia personal activa, menos cuando se especifica lo contrario. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad. Se considera que la persona que se niega a realizar una función no la lleva a cabo, aunque pueda ser capaz de hacerla; por tanto, se evalúa lo que la persona realiza, no lo que sería capaz de realizar.	
ÍNDICE DE KATZ DE AVD	
<b>Baño</b> Independiente: Necesita ayuda sólo para lavarse una parte del cuerpo o lo hace solo. Dependiente: Necesita ayuda al menos para lavarse más partes del cuerpo o para entrar y salir de la bañera. <b>Vestido</b> Independiente: Se viste sin ayuda (incluye recoger las cosas del armario). Excluye el atado de los cordones de los zapatos. Dependiente: No se viste solo o lo hace de forma incompleta. <b>Uso del retrete</b> Independiente: No precisa ningún tipo de ayuda para entrar y salir del cuarto de baño. Usa el retrete, se limpia y se viste adecuadamente. Puede usar el orinal por la noche. Dependiente: Precisa ayuda para llegar hasta el retrete y para utilizarlo adecuadamente. Incluye el uso del orinal y de la cuña.	<b>Transferencia</b> Independiente: No necesita ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama (puede o no utilizar ayudas mecánicas, como un bastón). Dependiente: Necesita ayuda para sentarse y levantarse de la silla o tumbarse y levantarse de la cama. <b>Continencia</b> Independiente: Control completo de la micción y de la defecación. Dependiente: Incontinencia total o parcial. Incluye el control total de los esfínteres mediante enemas, sonda o el empleo de orinal o cuña. <b>Alimentación</b> Independiente: Lleva la comida del plato o su equivalente a la boca sin ayuda (se excluye de la evaluación cortar la carne y preparar la comida y untar el pan). Dependiente: Necesita ayuda para llevar la comida del plato a la boca. Incluye no comer y la alimentación parenteral o enteral a través de sonda.

**ANEXO 4: CARTEL DE CAPTACIÓN DEL PROYECTO EDUCATIVO**



PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA  
LA SALUD DESTINADO A  
CUIDADORES DE PERSONAS CON  
DEMENCIA

**CUIDÁNDOTE,  
LOS CUIDAS**

*Cómo lograr un envejecimiento activo,  
siendo cuidador de una persona con  
demencia*

---

**CENTRO DE SALUD MAR BÁLTICO  
DEL 2 DE MARZO AL 11 DE MAYO**

APÚNTESE EN:

 CUIDANDOTELOSCUIDAS@GMAIL.COM  
 913 81 76 25

*FUENTE: Elaboración propia.*

## ANEXO 5: TRÍPTICO DIVULGATIVO

### ¿A QUIEN VA DIRIGIDO NUESTRO PROYECTO?

Si eres cuidador entre **65 y 80** años de una persona con demencia en estadio **moderado-grave**... ¡Este programa es para ti!



Proyecto de Educación para la Salud

## "CUIDÁNDOTE LOS CUIDAS"

### ¿QUÉ PRETENDEMOS?

Ayudaros a que tengáis un **ENVEJECIMIENTO ACTIVO** a la vez que realizáis una labor de cuidado de una persona dependiente



### ¿QUIENES SOMOS?

Un grupo de profesionales sanitarios que pretendemos llevar a cabo un proyecto de educación para la salud dedicado a los cuidadores de personas con demencia en estadio moderado-grave.

### ¿DÓNDE ESTAMOS?



**CENTRO DE SALUD MAR BÁLTICO**  
C/ Mar Báltico 2, 28033 MADRID



## PROGRAMACIÓN del PROYECTO

<b>Mantente activo mientras cuidas.</b> 2 de Marzo	Analizar la situación actual de los cuidadores.
<b>¿Qué comemos hoy?</b> 16 de Marzo	Argumentar beneficios de la dieta saludable en el envejecimiento.
<b>Con un corazón fuerte y sano, te cuidarás a ti y al de al lado.</b> 30 de Marzo	Ampliar conocimientos sobre el ejercicio físico.
<b>Se independiente para cuidar la dependencia.</b> 13 de Abril	Aumentar conocimientos y destrezas en el cuidado de una persona dependiente.
<b>No estás sólo, haz uso de los recursos.</b> 27 de Abril	Aumentar conocimientos acerca de recursos disponibles favoreciendo el tiempo libre en el cuidador.
<b>Si quieres descansar, algo tendrás que cambiar.</b> 11 de Mayo	Dar a conocer los beneficios de la higiene de sueño y las técnicas de relajación.

## CONTACTO



cuidandotelescuidas@gmail.com



**913 81 76 25**



FUENTE: Elaboración propia.

## ANEXO 6: HOJA DE INSCRIPCIÓN AL PROYECTO EDUCATIVO

### PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESTINADO A CUIDADORES/AS MAYORES DE 65 AÑOS DE PERSONAS CON DEMENCIA

Nombre

---

Apellido

---

Fecha de Nacimiento

---

DNI

---

Sexo

M

☐

H

☐

Dirección

---

Localidad:

---

Provincia:

---

#### Nivel de estudios

☐

Sin estudios

☐

Estudios primarios

☐

Estudios secundarios

☐

Estudios universitarios

#### Tiempo que lleva cuidando:

☐

Menos de 1 año

☐

De 1 a 3 años

☐

De 3 a 5 años

☐

Más de 5 años

#### La persona a la que cuida es:

☐

Su pareja

☐

Su madre/padre

☐

Su hermano/a

☐

Otros

Firma:

FUENTE: Elaboración propia.

## **ANEXO 7: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN**

Su opinión nos importa. De este modo, poco a poco podremos ir mejorando y adaptando el programa para futuras ediciones. Por favor, marque con una cruz la casilla que más se ajuste a su opinión, siendo cada una:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
¿Considera de utilidad la información proporcionada en la sesión?					
¿Considera que se ha utilizado un lenguaje entendible para usted?					
¿Crees que el contenido impartido se ajusta a sus necesidades diarias?					
En lo referido a las actividades/técnicas realizadas, ¿le han resultado atractivas?					
Los tiempos dedicados a cada parte de la sesión, ¿le han parecido adecuados?					
¿Considera que los profesionales que han participado en la sesión explican con claridad y ofrecen la posibilidad de resolver dudas?					
¿Considera que el material proporcionado es suficiente y de utilidad?					
¿Le ha gustado el contenido de la sesión?					

<b>Mencione 3 aspectos POSITIVOS</b>	- - -
<b>Mencione 3 aspectos NEGATIVOS</b>	- - -
<b>Comentarios / Sugerencias</b>	

*FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias 42,44.*



## ANEXO 8: FOLLETO INFORMATIVO SESIÓN 2

### RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

- Dieta fraccionada: **5 tomas** (desayuno, mediodía, comida, merienda y cena. ¡NO PICAR ENTRE HORAS!
- **EVITAR** fritos, asados, comidas copiosas y **FAVORECER** hervidos, a la plancha, rehogados, escalfado, salteado...
- Control de la sal, especias y condimentos. Dar sabor con hierbas aromáticas.
- Consultar médico en caso de tomar medicamentos, pues algunos alimentos son incompatibles.
- En la medida de lo posible combinar **EJERCICIO FÍSICO** con **ALIMENTACIÓN SALUDABLE**.



### ¿QUÉ COMEMOS HOY?

*¿Qué es una dieta saludable?*

**Aquella que cubre las necesidades nutricionales y aporta la energía necesaria para mantener la actividad diaria y en peso estable**

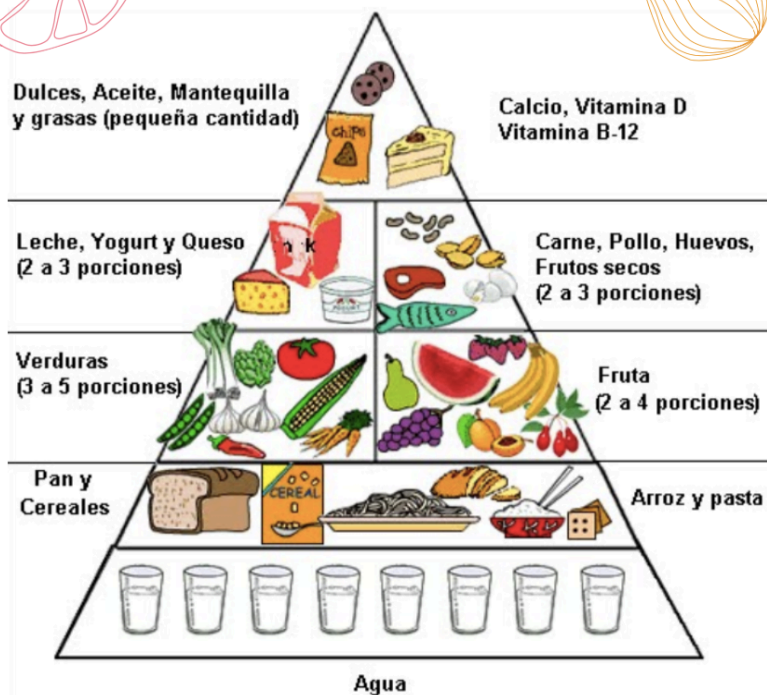


**Ejemplo: Dieta Mediterránea**  
Frutas, verduras, pescado azul, legumbres, frutos secos, aceite de oliva...

### TABLA DISTRIBUCIÓN NUTRIENTES

GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA RECOMENDADA	PESO POR RACIÓN (crudo/neto)
Pan, pasta, arroz y patata (refinados/integrales)	4-6 raciones/día Muy importante procurar tomar más integrales	Pan 40-60 g Pasta y arroz 60-80 g Patata 150-200 g
Frutas	3 raciones/día	120-200 g
Verduras y hortalizas	2 raciones/día	150-200 g
Legumbres	2-4 raciones/semana	60-80 g
Frutos secos	3-7 raciones/semana	20-30 g
Leche y derivados	3 raciones/día	Leche 200-250 cc Yogur 200-250 g (2 yogures) Queso fresco 80-125 g Queso curado 40-60 g
Pescados	2 raciones/día Alternar consumo	125-150 g
Carnes magras, aves y huevos	2 raciones/día Alternar consumo	100-125 g
Embutidos y carnes rojas	Consumo moderado y ocasional	
Aceite de oliva	3 raciones/día	10 cc
Mantequilla, margarinas	Consumo moderado y ocasional	
Bollería, dulces, aperitivos, refrescos	Consumo moderado y ocasional	
Agua	6-8 raciones	200 cc

### Pirámide Nutricional



FUENTE: Elaboración propia a partir de referencia 45.

## **ANEXO 9: ACTIVIDAD SESIÓN 2 “CLASIFICA LOS ALIMENTOS”**

<b>RACIONES AL DÍA</b>	<b>ALIMENTOS</b>
<b>Consumo moderado</b>	
<b>2 raciones</b>	
<b>3 raciones</b>	
<b>4 raciones</b>	
<b>6-8 raciones</b>	



*FUENTE: Elaboración propia.*

## ANEXO 10: FOLLETO INFORMATIVO SESIÓN 3

### EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO

#### LEVANTARSE DE UNA SILLA

- 1) Ponga un cojín en el respaldo de la silla.
- 2) Siéntese en la mitad de la silla con rodillas flexionadas y pies separados
- 3) Tumbese en posición semi-echado con la espalda recta.
- 4) Levante la parte superior del cuerpo intentando no apoyar las manos hasta quedarse sentado.
- 5) Póngase de pie.
- 6) Vuelva a sentarse, manteniendo derecha la espalda.



### CON UN CORAZÓN FUERTE Y SANO, TE CUIDARÁS A TI Y AL DE AL LADO

*El ejercicio físico, es la mejor herramienta disponible hoy día, para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento, así como para fomentar la salud y el bienestar de la persona*



### EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO

#### FLEXIÓN DE CADERAS

- 1) Póngase de pie y agarre una silla con la mano.
- 2) Eleve lentamente la rodilla hacia el pecho.
- 3) Permanezca recto en esa posición.
- 4) Baje lentamente la rodilla hasta tocar el suelo.
- 5) Repita con la otra pierna.



### EJERCICIOS DE EQUILIBRIO

#### FLEXIÓN DE RODILLA

- 1) Póngase de pie agarrándose a una silla.
- 2) Doble la rodilla hacia atrás despacio, elevándola lo mas alto posible hasta acercarla al muslo.
- 3) Permanezca en esa posición
- 4) Baje la pierna lentamente a su posición
- 5) Repítalo con la otra pierna
- 6) Si va progresando puede añadir pesas al tobillo, hacerlo con los ojos cerrados...



*Es importante considerar que los programas de ejercicio o actividad física dirigidos a personas mayores deben orientarse a la mejora de sus condiciones físicas, al mantenimiento de su independencia funcional, pero principalmente a la mejora del equilibrio, y de la calidad de vida de esta población y de sus cuidadores.*



### EJERCICIOS DE EQUILIBRIO

#### LEVANTAMIENTO LATERAL DE PIERNA

- 1) Póngase de pie agarrando una silla y con los pies ligeramente separados.
- 2) Al principio agárrese con la mano, luego con los dedos y finalmente suéltese. Si es posible realice el ejercicio con los ojos cerrados.
- 3) Permanezca con la espalda recta todo el ejercicio.
- 4) Levante la pierna lateralmente hasta separarla unos 15cm del suelo.
- 5) Aguante en la posición.
- 6) Baje la pierna.
- 7) Repítalo con la otra pierna.
- 8) Si va progresando, añada modificaciones.





## EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y FLEXIBILIDAD

### ESTIRAMIENTOS DE LOS TENDONES DEL MUSLO

- 1) Siéntese de lado en un banco o superficie sin respaldo
- 2) Estire una pierna encima de la superficie con el pie recto y dedos hacia arriba.
- 3) Deje la otra pierna apoyada en el suelo
- 4) Permanezca con la espalda recta.
- 5) Inclínese hacia delante flexionando la cadera
- 6) Aguante en esta posición
- 7) Realice el mismo ejercicio con la otra pierna.
- 8) Repítalo 3-5 veces.



## BENEFICIOS

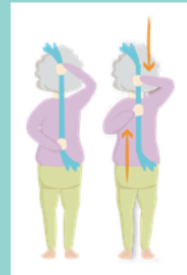
- *Mejora la capacidad aeróbica.*
- *Mantiene masa muscular.*
- *Mejora calidad de vida.*
- *Favorece la rehabilitación.*
- *Reduce la ansiedad*
- *Disminuye riesgo enfermedades*
- *Mejora la salud mental.*



## EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y FLEXIBILIDAD

### ESTIRAMIENTOS DE LOS TRÍCEPS

- 1) Coja una toalla y sosténgala con una mano
- 2) Levante el brazo de esa mano, doble el codo.
- 3) Agarre el extremo de la toalla con la otra mano por la espalda.
- 4) Vaya ascendiendo la mano por la toalla a la vez que baja la otra.
- 5) Continúe el movimiento hasta que las manos se toquen.
- 6) Repita el ejercicio con los brazos intercambiados.



*FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias 46-48.*

## ANEXO 11: FOLLETO INFORMATIVO SESIÓN 4

### Cuidado de la Piel

- ✓ Los **cambios posturales** en las personas dependientes son imprescindibles para evitar la aparición de UPP o bien para activar a la persona.
- ✓ **Factores** en los que se puede intervenir para evitar la aparición de UPP:

Factores físicos	Factores Alimentación
✓ Posiciones incorrectas.	✓ Desnutrición
✓ Arrugas en sábanas.	✓ Deshidratación
✓ Mala higiene.	✓ Anemia
✓ Sudoración, calor o humedad.	✓ Hipotermia
✓ Incontinencia.	

### Se independiente para cuidar la dependencia

### Lugares frecuentes de aparición

#### PREVENCIÓN DE APARICIÓN

- Favorecer **cambios posturales** y poner **almohadillado**.
- Mantener **piel limpia**, seca e hidratada.
- Ante la detección de posible rojez, contactar con el personal sanitario para evitar la aparición de una UPP.
- Evitar **ropa ajustada** y **arrugas** en la ropa de cama.
- Colocación de **cojines de aire** en el caso de largos tiempos sentado en silla de ruedas/sillón.

### + ¿QUÉ HACER ANTE UNA CAÍDA?

112

- Valore si tiene lesiones graves o un dolor excesivo. Si lo tiene: llame al 112.
- Realice movimientos despacio, trate de tranquilizarle.
- Puede marearse con los cambios de postura.

### + PREVENCIÓN A TENER EN CUENTA...

Consejos generales	
Sala de estar, dormitorio y zonas de paso	- Retirada de <b>alfombras</b> .
	- <b>No</b> encender ni <b>pulir suelos</b> .
	- Precaución con los cables en las zonas de paso.
	- Colocar <b>barandillas/asideros</b> en la pared.
Cuarto de Baño	- Buena <b>iluminación</b> en las zonas de paso.
	- Favorecer <b>espacios libres</b> .
Cuarto de Baño	- Cuidado con las diferencias de nivel.
	- <b>Proteja las esquinas</b> de los muebles.
	- Sustituir <b>bañera</b> por ducha sin bordes.
	- Coloque <b>antideslizantes</b> dentro de la ducha y fuera.
	- <b>Alfombrilla de pies</b> para secarse al salir de la ducha.
	- <b>Banqueta geriátrica</b> en el interior de la ducha.

## Prevención de caídas

### + ¿CÓMO LEVANTARSE DE UNA CAÍDA?

- Colocarse detrás de la persona con las piernas separadas situadas a ambos lados del tronco.
- Incorpórele el tronco de manera que quede en un ángulo de 90°

- Pida a la persona dependiente que le agarre de las muñecas e incline su cabeza hacia su ombligo
- Haga fuerza para elevarle, cogiéndole del pantalón, incorpórale hacia usted, para que sus pies se desplacen hacia atrás.

- Para no perder el equilibrio, eche un pie hacia atrás empuje la pelvis de la persona dependiente ligeramente hacia adelante.

FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias 49-51.

## **ANEXO 12: DOCUMENTO EJERCICIOS ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

### **SESIÓN 4**

#### **SESIÓN 4: SE INDEPENDIENTE PARA CUIDAR LA DEPENDENCIA**

##### **EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

A continuación, se exponen numerosos ejercicios con los que se puede favorecer la estimulación cognitiva de la persona con demencia. Focalizaremos nuestro trabajo en los siguientes puntos:

- La pre-escritura: en esta etapa, la escritura no es posible, recurriendo en la mayoría de los casos, a tareas de pre-escritura y coordinación visual-motora.
- El reconocimiento visual mediante ejercicios en los cuales los objetos son reales, o son fotografías con un contenido emocional elevado para el enfermo por pertenecer a su propia biografía.
- El reconocimiento de las características físicas de los objetos: por ejemplo, el color mediante tareas de coloreado de figuras geométricas sencillas (círculo, cuadrado, triángulo...) u objetos muy simples (p. ej., un árbol, una casa, un vaso); también se realizará la estimulación sobre las formas simples de los objetos.
- El reconocimiento espacial básico: mediante tareas de dentro, fuera.
- La manipulación de los objetos reales de uso habitual por el enfermo resulta esencial para mantener el mayor tiempo posible una mínima independencia en tareas cotidianas (usar el tenedor o cuchara, uso del peine...). En este tipo de tareas la imitación es una primera fase de facilitación.

#### **EJERCICIO: LENGUAJE ESPONTÁNEO**

Dada una lámina concreta, una fotografía o una situación determinada: **Describe:**

- ¿Qué hay en esta fotografía?
- ¿Qué ropa lleva?
- ¿Qué objetos hay en esta sala?
- ¿Qué observa en esta lámina?
- Explique lo que hace normalmente a diario.

#### **EJERCICIO: DENOMINACIÓN**

Ponga debajo de cada imagen el **nombre del objeto** que represente:



### **EJERCICIO: UTILIZACIÓN DE OBJETOS COTIDIANOS (PRAXIAS IDEATORIAS)**

Una vez entregados una serie de objetos reales, pedir al paciente que los nombre, explique **para qué se usan** y **haga uso de ellos**.

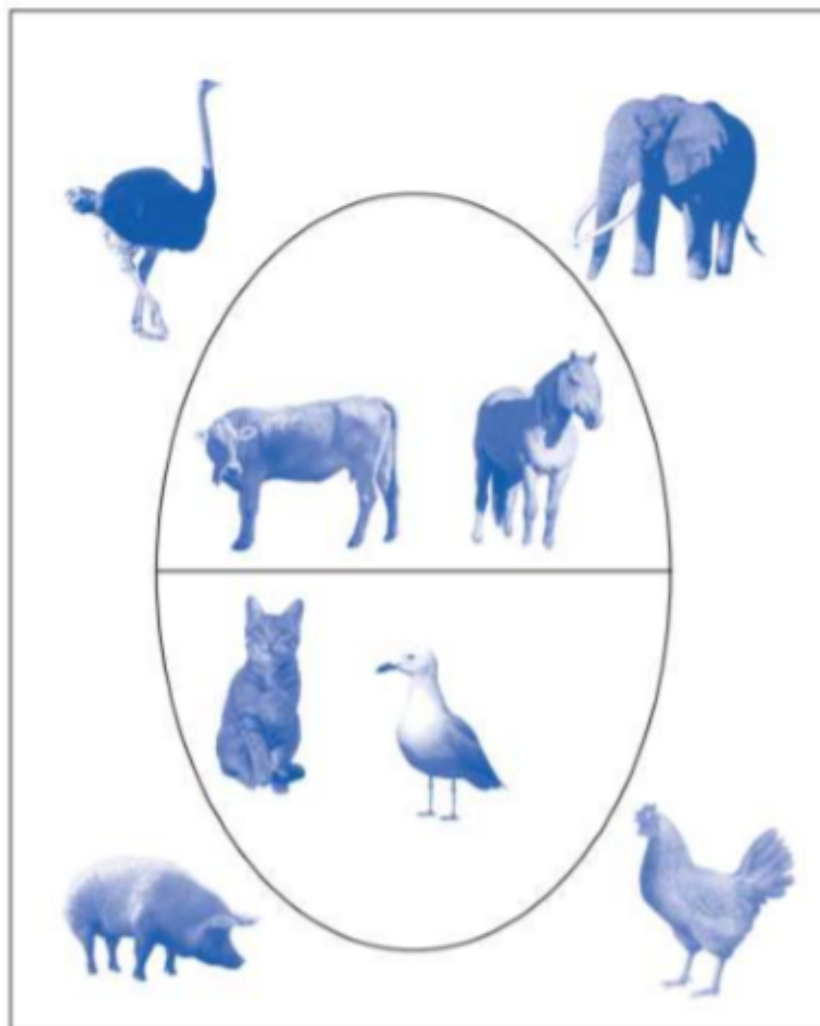
Una muestra de algunos objetos es:

- Peine, espejo, cerillas, sobre y sello, vela, reloj, percha, gorro de ducha, calcetín, anillo, llave, martillo, clavo, botón, lana...

### **EJERCICIO: LOCALIZACIÓN ESPACIAL.**

Diga la localización de los animales en el espacio (dentro del círculo, arriba, abajo, fuera del círculo...).

- ¿Dónde se encuentra el gallo? Fuera del círculo, en la parte inferior derecha.
- ¿Dónde se encuentra el elefante? ¿Y la vaca, el gato y el caballo?



*FUENTE: Elaboración propia a partir de la referencia 50.*



## ANEXO 13: FOLLETO INFORMATIVO SESIÓN 5

### Servicios SAAD

*Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.*

- ✓ Servicio de teleasistencia.
- ✓ Servicio de ayuda a domicilio.
- ✓ Centro de día o centro de noche.
- ✓ Servicio de atención residencial.



**¡No estás solo,  
haz uso de los  
recursos!**

### Productos de Apoyo

Productos que permiten y facilitan la realización de determinadas acciones que sería muy difícil o imposible realizar para el individuo por sí solo

### Prestaciones

#### PRESTACIÓN ECONÓMICA

Cuidados entorno familiar  
Contratación servicios no provistos por la red pública o concertada.  
Contratación asistente personal.



- **Preventivos:** Disminuyen el potencial agresivo y evolutivo de la enfermedad, previenen deformidades. Tratan de evitar la dependencia.
- **Facilitadores:** Aumentan las capacidades funcionales de las personas con discapacidad.
- **Compensadores:** Aumentan la capacidad de realizar gestos y acciones que de otra forma son imposibles para la persona con discapacidad.

### Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

#### ¿Cómo puedo participar?

Generalmente, los servicios sociales y las organizaciones de afectados organizan estos encuentros o tienen listados de otras entidades que los organizan. Póngase en contacto con ellos y podrá recabar más información sobre los GAM y cómo poder acceder a ellos.



Permiten reconstruir funciones propias de las relaciones familiares y el apoyo social.



Posibilitan obtener una percepción diferente y más informada sobre el problema que enfrentamos.

### BENEFICIOS



- Mejora considerable del **estado de salud**.
- Propician y facilitan el establecimiento de una red de **apoyo instrumental y emocional**.
- **Paliar** sentimientos y pensamientos negativos.
- Favorecen el **mayor conocimiento sobre uno mismo**, por el intercambio de experiencias.
- **Cambios positivos de actitud y perspectivas** hacia el problema, y formas de afrontarlos.



Facilitan la satisfacción de las necesidades emocionales cuando existen dificultades.




Son grupos igualitarios en los que no existen roles diferenciados ni jerarquías.

*FUENTE: Elaboración propia a partir de la referencia 50.*


## ANEXO 14: FOLLETO INFORMATIVO SESIÓN 6

### MEDIDAS DE HIGIENE DE SUEÑO

- Tener un **horario fijo**.
- Usar la cama **SÓLO** para dormir.
- **Evitar** dormir siesta.
- **Evitar** la **caféina/ tefna** por la tarde.
- **No** consumir **tabaco y alcohol** (interfiere con el sueño).
- Ventilar el dormitorio antes de dormir.
- **No** cenar alimentos **copiosos**.
- Reducir la **ingesta de líquidos** a media tarde
- establecer una **rutina** antes de dormir: cepillado dientes, ejercicios de relajación...



**“SI QUIERES DESCANSAR, ALGO TENDRÁS QUE CAMBIAR”**



### CONSECUENCIAS MALA HIGIENE DE SUEÑO

- Problemas digestivos: úlcera péptica, gastritis...
- Problemas cardíacos
- Obesidad
- Trastornos psicológicos: cambios en el estado de ánimo, ansiedad...
- Alteración hábitos de alimentación.
- Problemas de rendimiento: tasas más altas de accidentalidad, disminución de la calidad del cuidado brindado.
- Cefaleas

### RELAJACIÓN GUIADA CON ESTIRAMIENTOS

#### CONSEJOS


- ➔ Realiza estos ejercicios de 5-7 segundos y nuevamente, libera.
- ➔ Hágalos antes de irse a dormir, para así facilitar la conciliación del sueño.

#### PROCESO

- Colóquese de pie, respire hondo y empiece a aflojar todo el cuerpo.
- Estira los brazos a la altura de hombro, y cierra los codos de manera que los bíceps y tríceps queden tensos.
- Sigue con el cuello: baja lentamente la cabeza. Luego realiza la posición contraria: baja la cabeza en dirección a la espalda.
- Finalmente, estimula los músculos faciales: boca y párpados. Presta atención a las sensaciones de la cara y mantén la tensión de 3 a 5 segundos. Después libera.

### EJERCICIOS DE RELAJACIÓN.

- ✓ Alivia tensión muscular.
- ✓ Mejora calidad sueño.
- ✓ Disminución estrés, ansiedad...
- ✓ Disminución frecuencia cardiaca, respiratoria y tensión arterial.



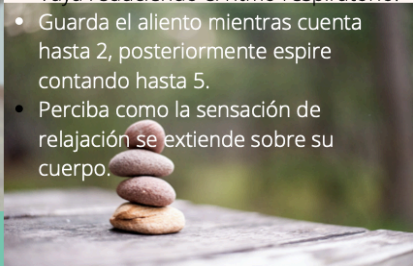
### MINDFULNESS

#### CONSEJOS

- ➔ Sesiones de duración 10-15 minutos.
- ➔ Mejor momento primera hora de la mañana.
- ➔ Lugar libre de distracciones, donde te sientas cómodo.

#### PROCESO

- Toma asiento en un lugar cómodo, espalda recta, silencioso e iluminado.
- Respire con normalidad, centre su atención en el pecho y abdomen.
- Explora tus sensaciones corporales: el asiento, el tacto de la silla en tu espalda, el suelo sobre el que están apoyados tus pies...
- Vaya reduciendo el ritmo respiratorio.
- Guarda el aliento mientras cuenta hasta 2, posteriormente espire contando hasta 5.
- Perciba como la sensación de relajación se extiende sobre su cuerpo.



FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias 53 y 54.

## **ANEXO 15: CUESTIONARIO EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO EDUCATIVO**

Queremos conocer su opinión sobre el programa educativo al que ha asistido. De esta manera, ¡podremos mejorarlo en futuras ediciones!

Por favor, marque con una cruz la casilla que más se ajuste a su opinión, siendo cada una:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nivel personal</b>					
¿Considera que el proyecto educativo ha cumplido con sus expectativas y se ha ajustado a lo que se ofertó en un inicio?					
¿Considera que ha adquirido conocimientos que antes no tenía? ¿le han sido de utilidad?					
¿Considera que el trabajar en equipo le ha facilitado la tarea de aprendizaje?					
¿Ha logrado incorporar en su vida las habilidades y técnicas impartidas en las sesiones? ( <i>ejercicios de relajación, movilizaciones, recomendaciones del cuidado...</i> )					
<b>Recursos Proporcionados</b>					
¿los recursos materiales proporcionados han sido suficiente?					
¿Considera que los folletos repartidos al final de las sesiones y las presentaciones proyectadas en aula eran claras?					
¿Considera que las docentes han sabido resolver las dudas planteadas?					
¿El vocabulario por parte de las docentes ha sido claro y comprensible en todo momento?					
<b>Programación</b>					
¿la estructura de las sesiones le han parecido correctas?					
Con respecto a la duración de las sesiones, ¿le han parecido adecuadas?					
Las actividades propuestas, ¿le han permitido poner en práctica lo aprendido?					
Con respecto a la frecuencia de las sesiones ¿le ha parecido adecuada?					

Para finalizar, responda brevemente a las siguientes cuestiones:

<b>Mencione 3 aspectos POSITIVOS</b>	
<b>Mencione 3 aspectos NEGATIVOS</b>	
<b>¿Recomendaría este proyecto educativo?</b>	
<b>Comentarios / Sugerencias</b>	

*FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias 42 y 44.*

## ANEXO 16: GUIÓN DEL OBSERVADOR

### ***“Programa de psicoeducación destinado a cuidadores mayores de 65 años que cuidan a personas con demencia”***

<b>Sesión:</b>	
<b>Fecha:</b>	
<b>Nº participantes</b>	
<b>Observador</b>	
<b>Nombre de las educadoras</b>	

- **Tarea (Preparativo/gestión):**
- **Tareas específicas:**
- **Tiempo (Preparación/Gestión/ Presentación):**
- **Instrumentos (Preparación/Gestión/ Presentación):**
- **Espacio:**
- **Clima (Tipo de comunicación, clima tolerante o defensivo/ estilo personal/técnicas de gestión: escucha y comunicación, apoyo y refuerzo, conducción de la reunión, etc.):**
- **Participación (asistentes, tipo de participación):**
- **Cumplimiento de objetivos:**
- **Observaciones:**

<b>Sesión:</b>	
<b>Fecha:</b>	
<b>Nº Participantes</b>	
<b>Observador:</b>	
<b>Nombre de las educadoras:</b>	

*FUENTE: Elaboración propia a partir de la referencia 57.*



## ANEXO 17: EVALUACIÓN DEL PROYECTO

¿QUÉ?	¿QUIÉN?	¿DÓNDE?	¿CÓMO?	¿CUÁNDO?
<b>I. ESTRUCTURA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recursos (materiales y humanos)</li> <li>○ Lugar</li> <li>○ Horario y duración sesiones</li> </ul>	Educadores Observador Participantes	Centro de Salud Mar Báltico	Guion del observador y Cuestionario de valoración de la sesión.	Después de cada sesión y al finalizar el proyecto.
<b>II. PROCESO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Fase Previa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia</li> <li>- Clima</li> <li>- Relación grupal</li> </ul> </li> </ul>	Educadores Observador	Centro de Salud Mar Báltico	Guion del observador	Al finalizar cada sesión.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Programación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adecuación programa a las necesidades</li> <li>- N° sesiones adecuado</li> <li>- Duración sesiones adecuado</li> <li>- Periodicidad adecuada</li> <li>- Técnicas Educativas</li> <li>- Evaluación</li> </ul> </li> </ul>	Educadores Observador	Centro de Salud Mar Báltico	Guion del observador y Cuestionario de valoración de la sesión.	Al final de la sesión.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Intervención:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenidos</li> <li>- Tiempos</li> <li>- Técnicas Educativas</li> <li>- Grado de participación</li> <li>- Calidad de los docentes</li> <li>- Lenguaje y vocabulario</li> </ul> </li> </ul>	Educadores Observador Participantes	Centro de Salud Mar Báltico	Guion del observador y Cuestionario de valoración de la sesión.	Al finalizar cada sesión y al final de todo el proyecto.
<b>III. RESULTADOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grado de consecución de los objetivos marcados.</li> </ul>	Educadores Observador Participantes	Centro de Salud Mar Báltico	Guion del observador, Cuestionario de valoración de la sesión y cuestionario de evaluación final del proyecto.	Al finalizar cada sesión y al final de todo el proyecto.

FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias 42 y 44.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [consultado el 23 Dic, 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
2. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: INE; 2016 [consultado el 23 Dic, 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
3. Sánchez AG. Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente. Nuberos Científica. 2014; 2(11).
4. Viale M, Palau FG, Cáceres M, Pruvost M, Miranda AL, Rimoldi MF. Programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia. Neuropsicología Latinoamericana. 2016; 8(1).
5. Lien, YF, Huang, HM. Challenges in intergenerational caregiving for frail older people: A multiple case study. Nursing & Health Sciences. 2017; 19(1): 81-87.
6. Fonareva I, Oken BS. Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. Int Psychogeriatr. 2014; 26(5):725-747.
7. Alzheimer Universal. Alzheimer, una enfermedad compartida [Internet]. Edición: 1. España; 2017 [consultado el 12 Mar 2020]. Disponible en: <https://knowalzheimer.com/wp-content/uploads/2017/03/03-Curso-Cuidadores-Alzheimer-M3.pdf>
8. Zabalegui Yárnoz A, Navarro Díez M, Cabrera Torres E, Gallart Fernández-Puebla A, Bardallo Porras D, Rodríguez Higuera E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(3):157-166.
9. Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev. Esp. Salud Publica. 2009; 83(3): 393-405.
10. Muñoz Bermejo L, Cordeiro RA, Carvalho JC, Mota Postigo S. Estrés emocional en cuidadores mayores de personas mayores. Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2018.
11. Greenwood N, Pound C, Smith R, Brearley S. Experiences and support needs of older carers: A focus group study of perceptions from the voluntary and statutory sectors. Maturitas. 2019;123: 40-44.

12. Alzheimer CEAFA. Disponible en: <https://www.ceafa.es/https://www.ceafa.es/files/2017/06/Estudio%20Cuidadores-1.pdf>
13. Farina N, Page TE, Daley S, Brown A, Bowling A, Basset T, et al. Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*. 2017;13(5):572-581.
14. García López MV, Rojas Ocaña MJ. *Enfermería del Anciano*. Edición 2017. España: DAE editorial; 2017.
15. Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Nueva York: Naciones Unidas; 2003.
16. Vatanabe IP, Manzine PR, Cominetti MR. Historic concepts of dementia and Alzheimer's disease: From ancient times to the present. *Revue Neurologique*. 2020; 176(3):140-147.
17. Custodio N, Montesinos R, Alarcón JO. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 2019; 81(4):235.
18. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. [Consultado el 10 Ene 2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
19. Rodríguez Escobar J, del Moral Sánchez J, García-Ramos García R, Matías-Guiu Guía J, Gómez Pastor I et al. Estrategia de Enfermedades neurodegenerativas en Salud. [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, 2016 [consultado el 15/04/2020]. Disponible en: [url.https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est\\_Neurodegenerativas\\_APROBADA\\_C\\_INTERTERRITORIAL.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf)
20. de Hoyos-Alonso MC, Bonis J, Tapias-Merino E, Castell MV, Otero A. Estimación de la prevalencia de demencia a partir del análisis de bases de datos sobre uso de fármacos. La situación en la Comunidad de Madrid (España). *Neurología* 2014;31(1):1-8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314001777>
21. Martín Sánchez FJ, Gil Gregorio P. Valoración funcional en la demencia grave. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41: 43-49.

22. González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*. 2017;28(4):184-188.
23. Rodriguez-Sánchez E, Tamayo-Morales O, González-Sánchez J, Mora-Simón S, Losada-Baltar A, Unzueta-Arce J, et al. Behavioural intervention to reduce resistance in those attending adult day care centres: PROCENDIAS study protocol for a randomized clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(6):1402-1411.
24. Van der Lee J, Bakker, Ton J. E. M, Duivenvoorden HJ, Dröes R. Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*. 2014; 15:76-93.
25. Bom J, Bakx P, Schut F, van Doorslaer E. The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *Gerontologist*. 2019; 59(5):e629-e642
26. Herdman TH, editor. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017 [Internet]; 2019 [consultado 14 feb 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2CMzDFE>
27. Moreno-Cámara S, Palomino-Moral PÁ, Moral-Fernández L, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Problemas en el proceso de adaptación a los cambios en personas cuidadoras familiares de mayores con demencia. *Gaceta Sanitaria*. 2016;30(3):201-207.
28. Santos-Orlandi AAd, Brigola AG, Ottaviani AC, Luchesi BM, Souza ÉN, Moura FGd, et al. Elderly caregivers of the elderly: frailty, loneliness and depressive symptoms. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019; 72:88-96.
29. Lethin C, Hallberg IR, Karlsson S, Janlöv A. Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Scand J Caring Sci*. 2016; 30(3):526-534.
30. Mamani ARN, Reiners AAO, Azevedo, Rosemeiry Capriata de Souza, Vechia, Akeisa Dieli Ribeiro Dalla, Segri NJ, Cardoso JDC, et al. Elderly caregiver: knowledge, attitudes and practices about falls and its prevention. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019; 72:119-126.
31. Rodríguez Blanco L, Sotolongo Arró O, Luberta Noy G, Calvo Rodríguez M. Violencia sobre personas de la tercera edad con demencia Policlínico Cristóbal Labra Lisa. *Rev haban cienc méd*. 2012; 11 (5): 709-726.

32. Zúñiga-Santamaría T, Sosa-Ortiz A, Alonso-Vilatela ML, Acosta-Castillo I, Casas-Martínez ML. Dependencia y maltrato en el anciano con demencia. *Persona y Bioética*. 2010; 14 (1): 56-66.
33. Sánchez Martínez RT, Molina Cardona EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid*. 2016; 7(1): 1171-84.
34. Ruiz-Giménez Aguilar J.L., Martínez González O, Jordán Martín M. 26. Educación para la salud. el empoderamiento de la ciudadanía. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía J. *Atención Primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia*. España. Elsevier. 2014; 423-448.
35. Ramasco Gutiérrez M. Promoción de la salud y Educación para la salud. En: Maciá Soler L. *Métodos Educativos en Salud*. Barcelona. 2014; 1-19.
36. Ramos Monteagudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos MA. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *AMC*. 2016; 20(3): 330-337.
37. Sevilla Caro M, Salgado Soto MC, Osuna Millán NC. Envejecimiento activo: Las TIC en la vida del adulto mayor. *RIDE*. 2015;6 (11).
38. Martínez-Lage P, Martín Carrasco M, Arrieta E, Rodrigo J, Forminga F. Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 2018;53(1):26-37.
39. Artaza Artabe I, Ramos Cordero P, González Núñez J, Martínez Hernández D. Estudio de Investigación Sociosanitaria sobre cuidadores de personas dependientes. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid, España: IMC; 2016.
40. Gómez Soto M. Cuidar al cuidador informal. Universidad de Cantabria [Internet]. 2014. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5100/GomezSotoM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. Castanedo Pfeiffer C, García Hernández M. Guía de Intervención rápida en Enfermería Geriátrica. 1º Edición. España: DAE editorial; 2004.
42. Pérez Jarauta MJ, Encaje Iribarren S, Esteban Sesma C, Vilches C, Martín Beristain C, Azagra Rey MJ, Elizalde Soto L, Goya Arive A, García Castellano P, Urtiaga Domínguez M. *Manual de Educación para la Salud*. Navarra: Gobierno de Navarra; 2006.

43. Martínez González O, Palmar Santos AM, Pedraz Marcos A. La metodología de un proyecto de educación para la salud. En: Maciá Soler L. Métodos Educativos en Salud. Barcelona, España; Elsevier; 2014. 108-136
44. Palmar Santos AM. Métodos Educativos en Salud. Edición 1. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
45. Álvarez Hernández J, Cuenllas Díaz A, Gómez Busto F, López-Ibor Alcocer MI, Mañas Martínez MC, Ruiz Hidalgo D, Sánchez Quiles B. Alimentación y Nutrición saludable en los mayores: Mitos y Realidades. Madrid, España: IMC; 2015.
46. Vidarte Carlos JA, Vélez Álvarez C, Sandoval Cuellas C, Alfonso Mora ML. Actividad física: Estrategia de promoción de la salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2011; 16(1): 202-218.
47. Vicente López JM. Envejecimiento activo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 1ª Edición. Madrid; 2011.
48. Gil Gregorio P, Ramos Cordero P, Marín Carmona JM, López Trigo. Guía de ejercicio Físico para mayores "Tu salud en marcha". Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: CM; 2012.
49. Campos Dompedro MA, Fernández Rodríguez AM, García Antón MA, Matilla Mora R, Merino Alaínez M, Molinero Aguilera S, Moya Bernal A, Ramos Cordero P, Sanz Peces EM, Valle Martín MA. Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Madrid, España: IMC; 2017.
50. Fundació ACE, Tárraga L, Boada M. Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Edición 1. Barcelona, España: Glosa Ediciones; 1999.
51. Guía Básica para cuidadores. Cruz Roja Española. España: Madrid.
52. Sebastián Herranz M, Valle Gallego I, Vigara Cerrato A. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal. IMSERSO. España; 2011.
53. D'Hyver de las Deses C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Revista de la facultad de medicina UNAM. 2017; 61 (1): 33- 45.
54. Miró E, Cano Lozano MC, Bucla Casal G. Sueño y calidad de vida. Revista Colombiana de Psicología. 2005; (14):11-27.

55. Isla Pera P. La evaluación en educación para la salud. En: Maciá Soler L. Métodos Educativos en Salud. Barcelona, España: Elsevier; 2014. 135-141.
56. Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Enfermería en Atención Primaria. Edición 1. Madrid-Valencia: DAE editorial; 2006.
57. Sánchez Suárez JL, Benito Herranz L, Hernández Navarro A, López Palacios S, Soto D, Sonia, Herrero Vanrell P, et al. Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Madrid; 1999.